

VAMOS PROJEKTIIN OSALLISTUNEIDEN NUORTEN KÄSITYKSIÄ
TERVEYDENTILASTAAN JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMISESTÄÄN

Anni Ylikulju

Opinnäytetyö, syksy 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystieteiden (AMK)

TIIVISTELMÄ

Ylikulju, Anni, Vamos-projektiin osallistuneiden nuorten käsityksiä terveydentilastaan ja terveyskäyttäytymisestään, Helsinki 2010, 58 sivua, 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsingin toimipaikka. Hoitotyön koulutusohjelma, Terveystieteiden tutkimuskeskus (AMK).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Vamos-projektiin osallistuvien nuorten käsityksiä terveydestään ja terveyskäyttäytymistään sekä heidän mielipiteitään heille kohdistuvasta terveydenhuollosta. Vamos-projekti on Terve Helsinki -hankkeen osahanke, joka on suunnattu syrjäytymisvaarassa oleville nuorille. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, miten syrjäytyminen voi vaikuttaa nuoren terveystietoisuuteen ja terveyteen sekä minkälaisia ajatuksia nuorilla on heille kohdistuvasta terveydenhuollosta.

Tutkimuksessa käytetään pääosin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kohde-ryhmänä olivat Vamos-projektiin osallistuvat, 17–29 ikäiset, syrjäytymisvaarassa olevat nuoret. Aineistoa kerättiin syksyllä 2010 kyselylomakkeen avulla, joista palautui 15 kappaletta. Tutkimuksessa käsitellään aineistoa Excel-taulukkolaskentaohjelmalla. Aineistonanalysoinnissa tuloksia kuvaillaan taulukoiden ja havaintomatriisien avulla. Tarkastelun kohteena on taustamuuttujien yhteys terveydenkokemiseen sekä terveystietoisuuteen ristiintaulukoinnin avulla. Avoimien kysymysten tulokset on luokiteltu laskemalla samanlaiset vastaukset yhteen ja raportoinnissa käytetään suoria lainauksia. Työssä painottuu kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.

Tutkimustulosten mukaan nuoret kokivat terveydentilansa keskimäärin kohtalaiseksi. Vastaajista suurin osa tupakoi päivittäin ja alkoholia käytettiin keskimäärin 2–4 kertaa kuukaudessa tai harvemmin. Huumeita vastaajista käytti satunnaisesti kolmasosa. Suurin osa vastaajista oli kiinnostunut terveydestään ja sen hoitamisesta. Vastaajille huolta terveydestä aiheutti päihteiden käyttö, masennus, unettomuus ja liian vähäinen liikunta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että Vamos-projektiin osallistuneet nuoret ovat tämän tutkimuksen perusteella sairaampia kuin valtaosa väestöstä. Etenkin tupakointi ja mielenterveysongelmat nousivat tutkimuksessa esille. Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten terveyteen tulee kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

Asiasanat: syrjäytyminen, terveyden edistäminen, terveystieteet, nuorten terveydentila ja terveystietoisuus, kvantitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Ylikulju, Anni.

Young people's experiences of their health: a survey of the Vamos project. 57 p., 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The aim of this study was to examine how young people in the Vamos project living in Helsinki area experienced their health and their opinions on their health behaviour. The Vamos project is a subproject of Terve Helsinki-project aimed at young people aged 17-29 risking marginalization. The objective of the study was to investigate how social exclusion affected the health behaviour of young people.

The study was quantitative. The target group was young people of the Vamos project living in Helsinki area. The data was collected in autumn 2010 by a questionnaire consisting of structured, semi-structured and open-ended questions. 15 questionnaires were returned. The Excel-program was used to analyze the data. The material for the analysis of the results was described in tables and graphs. The results of the open-ended questions were classified by calculating the similar responses together, and reporting, using direct quotations. More emphasis was placed on the quantitative research method.

According to the main results of my study, young people found their self-reported health on average reasonably moderate. The majority of the respondents were daily smokers and alcohol was used on average 2-4 times a month or less. One third of the respondents used drugs occasionally. The majority of respondents were interested in health and its management. Concern caused drug addiction, depression, insomnia and physical inactivity.

As a conclusion, there appears to be more illness among young people than among the rest of the Finnish young population. Especially smoking and mental health problems are common among young people of the Vamos project. Therefore in our society, more attention should be paid to the health of young people risking marginalization.

Keywords: marginalization, health promotion, young people health and health behaviour

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2.1 Suomalainen terveystilanne	8
2.1.1 Terveystilanteen edistäminen.....	10
2.1.2 Terveystilanteen edistäminen	11
2.2 Syrjäytyminen	12
2.3 Syrjäytymiseen liittyvät ilmiöt	16
2.3.1 Asunnottomuus.....	16
2.3.2 Työttömyys	17
2.3.3 Köyhyys	17
2.4 Nuorten terveystilanteen edistäminen.....	19
2.4.1 Päihteet.....	20
2.4.2 Tupakka	21
2.4.3 Alkoholitilanne	21
2.4.4 Huumeet	22
2.4.5 Ravitsemus ja painonhallinta	22
2.4.6 Liikunta	23
2.4.7 Nukkuminen.....	24
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....	26
4 TUTKIMUSMENETELMÄT	26
4.1 Tutkimuksen kohderyhmä.....	26
4.2 Aineistonkeruumenetelmä	27
4.2.1 Kyselylomake.....	28
4.3 Analysointimenetelmät.....	29
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	31
5.1 Taustamuuttujat	31
5.2 Nuorten terveystilanteen edistäminen.....	32
5.3 Nuorten terveydentila ja määritelmä omasta terveydestään	37
5.4 Nuorten mielipiteitä heille kohdistuvasta terveystilanteesta.....	40
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
6.1 Johtopäätöksiä tuloksista.....	42
6.2 Omat kehittämissuositukset	44

6.3 Tutkimuksen eettisyys	45
6.4 Luotettavuuden arviointia.....	47
6.5 Ammatillisen kasvun ja opinnäytetyöprosessin arviointia	50
LÄHTEET	52
LIITE 1: Kyselylomake	
LIITE 2: Tiedote kyselylomakkeen vastaajalle	
LIITE 3: Tiedote Vamos-projektin henkilökunnalle	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni liittyy Terve Helsinki -hankkeeseen. Terveystiedon edistäminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen on yksi Helsingin terveyskeskuksen strateginen painopistealue vuosille 2009–2011. Terve Helsinki -hankkeessa terveyseroja kaventavia toimenpiteitä kohdistetaan syrjäytymisvaarassa tai terveyserojen takia riskiryhmässä oleviin henkilöryhmiin. Toimenpiteet kohdistuvat ensisijaisesti lapsiin ja nuoriin sekä työikäiseen väestöön. (Terve Helsinki-hanke 2009.)

Nuorisotyöttömyys sekä koulutuksen ulkopuolelle jäävien nuorten määrä on lisääntynyt rajusti pääkaupunkiseudulla. Nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi Terve Helsinki -hankkeessa muodostettiin psykiatrisesta sairaanhoitajasta ja sosionomista työpari, jonka tavoitteena on edistää nuorten elämäntilanteen hallintaa, selvittää nuoren terveydellisiä ongelmia sekä tukea hoitoonohjausta. Osahanke toteutetaan yhdessä Diakonissalaitoksen Vamos-projektin kanssa. (Terve Helsinki-hanke 2009.)

Opinnäytetyöni aiheena on kuvailla Vamos-projektiin osallistuvien nuorten kokemusta omasta terveydentilastaan ja terveyskäyttäytymistään. VAMOS-projekti on suunnattu 17–29-vuotiaille nuorille. Pää tavoitteena projektissa on nuoren omien voimavarojen vahvistaminen sekä nuorten tukeminen kiinnittymään yksilöllisesti arvioituun ja suunniteltuun toimintaan. Tuen avulla pyritään löytämään nuorille uusia polkuja työllistyä ja kouluttautua.

Parhaillaan vietetään eurooppalaista köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan teemavuotta. Pää tavoitteena on edistää osallisuutta ja yhteenkuuluvuutta. Teemavuosi pyrkii edistämään köyhyyden ja syrjäytymisen ilmiöiden ymmärrystä, edistämään yhteistä vastuuta sekä vahvistamaan eri osapuolten sitoutumista toimintaan. Tavoitteena on myös vaalia köyhyydessä elävien ihmisten oikeuksia ja vahvistaa heidän osallisuuttaan ja osallistumismahdollisuuksiaan. (STM 2009.)

Tässä työssä haluankin saada lisää tietoa siitä, miten syrjäytyminen vaikuttaa terveyteen vai vaikuttaako lainkaan Vamos-projektin nuorten parissa. Tutkitusti on tullut usein esille, että syrjäytyneillä nuorilla on suuri kynnys hankkiutua terveys- tai sosiaalipalveluiden puoleen. Uutta juuri heille kohdistuvaa palvelua voisi tulevaisuudessa kehittää, jotta perustuslaissa todetut, julkisen vallan tehtävät toteutuisivat oikeudenmukaisesti. Itse olen myös kiinnostunut nuorten parissa tehtävästä terveydenhoitotyöstä ja terveyden edistämisestä, joten aihealue on mielenkiintoinen.

Tutkimukseni avulla saadaan uutta, hyödynnettävää tietoa Vamos-projektiin. Vamos-projektin parissa ei ole aikaisemmin tehty yhtään tutkimusta, joten uusia näkökohtia ja tutkimusalueita varmaankin nousee myös tutkimukseni tuloksena. Tutkimukseni avulla saan myös uusia näkökulmia terveyden- ja sairaanhoidon ammattitutkintoani ajatellen, joita voin käyttää tulevassa työelämässäni hyväksi.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksessani keskeisempinä teoreettisina lähtökohtina ovat suomalainen terveystalitiikka, terveyden edistäminen, terveystasvatust, syrjäytyminen sekä nuorten terveystkäyttäytyminen. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää syrjäytymisvaarassa olevien nuorten käsityksiä terveydestään ja terveystkäyttäytymistään sekä heidän kehittämisideoitaan juuri heille kohdistuvasta terveystneuvonnasta. Tavoitteena on tutkia, miten syrjäytyminen voi vaikuttaa terveystkäyttäytymiseen ja terveyteen sekä mitä terveydenhuollon menetelmiä voitaisiin kehittää heille kohdistuvassa terveydenhoidossa. Tutkimuksen ilmiötä lähestyn työnsäni määrittämällä nuorten terveystkäyttäytymisen, syrjäytymisen sekä siihen liittyvät ilmiöt, syyt ja syrjäytymisen ehkäisemisen aikaisempien tutkimusten ja teorian tiedon avulla. Teoriaosassa käsittelen myös suomalaista terveysttalitiikkaa, terveyden edistämistä ja terveystkasvatusta.

2.1 Suomalainen terveysttalitiikka

Terveysttalitiikan perusta on normatiivinen arvo, jonka mukaan kaikilla ihmisillä tulee olla mahdollisuus edistää terveyttään tai sairastuttuaan saada hoitoa. Suomen terveysttalitiikan runko on perustuslaki, jonka mukaan julkisen valan pitää taata riittävät sosiaali- ja terveystpalvelut sekä edistää väestön terveyttä (Vohlonen 1998, 17.) Terveysttalitiikan tavoitteena on kansanterveyden parantaminen siten, että se etsii yleisesti parhaat toimenpiteet uusien sairauksien ja sairastumisen ehkäisemiseksi sekä jo ilmaantuneiden sairauksien hoitamiseksi. (Vohlonen 1998, 145; Kangas ym. 2002, 12.)

Suomalaisen terveysttalitiikan ohjelmista eivät kaikki liity välittömästi terveydenhuollon järjestämiseen vaan yhteiskunnan muihin toimialoihin. Terveyst ja sen ylläpito eivät ole kaikille tärkeämpiä arvoja, terveysttalitiikassa onkin välttämättöntä tunnustaa myös muiden kuin terveystsarvojen olemassaolo. Viitekehyst suomalaiseseen terveysttalitiikkaan on muodostunut osana sosiaalipolitiikkaa. (Vohlonen 1998, 25.)

Suomen terveystalitiikka rakentuu WHO:n julkistaman Terveyttä kaikille vuo-teen 2000-strategian pohjalle. Pääperiaatteena strategiassa on osoittaa yhteisön terveysongelmat. Vuonna 1986 terveydenedistämisen käsite laajennettiin sisältämään myös käyttäytymisen ja elämäntapojen sekä rakenteellisen, yhteiskuntapolitiittisen ja ympäristön terveellisydestä huolehtivan tarkastelutavan. (Koivisto, Muurinen, Peiponen & Rajalahti 2001, 10.)

Suomen terveystalitiikan ohjaavista toimintaohjeista ovat merkittävämpiä Terveys 2015 -kansanterveysohjelma sekä KASTE-hanke. Terveys 2015 -ohjelmassa painotetaan terveyden tukemista ja edistämistä kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Ohjelmassa korostetaan terveydenhuollon ulkopuolisten asioiden kuten elämäntapojen ja ympäristön vaikutusta terveyteen ja siten ohjelma on suunnattu eri hallinnonaluille. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 21.)

Suomen kansallisen Terveys 2015 -ohjelman keskeisiä tavoitteita on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Parhaimpia tapoja nostaa suomalaisten terveyden tasoa on supistaa väestöryhmien välisiä terveyseroja siten, että huonoimmassa asemassa olevien terveys paranee kaikkein nopeimmin ja lähenee paremmassa asemassa olevien terveyttä. Tavoitteena on vähentää mm. koulutus- ja ammattiryhmien välisiä kuolleisuuseroja viidenneksellä vuo-teen 2015 mennessä. Ikäryhmittäisistä tavoitteista kaksi koskee lapsia ja nuoria: lasten hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden tunteen parantaminen sekä nuorten tupakoinnin, alkoholin- ja huumeidenkäytön väheneminen tai säilyttäminen entisellä tasollaan. Myös nuorten aikuisten miesten tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden vähentäminen on nostettu yhdeksi tärkeäksi tavoitteeksi. Työikäisten työ- ja toimintakykyä pyritään parantamaan ja työelämän olosuhteita kehittämään niin, että työelämässä jaksetaan entistä pidempään. (THL 2006; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 21.)

KASTE-hanke on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, jonka tavoitteena on, että kuntalaisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähentyy, hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, terveyserot kaventuvat sekä palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat ja alueelliset erot vähenevät.

KASTE-hanke käynnistää toimenpiteitä, joiden tavoitteena on uudistaa toimintatapoja niin, että ne entistä vahvemmin edistäisivät hyvinvointia ja terveyttä. (STM 2008a, 20.)

2.1.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämällä ei ole olemassa mitään yksiselitteistä määritelmää. Terveyden edistäminen määritellään esimerkiksi yhteisö ja yksilötason toimintana, joka tähtää ensisijaisesti terveyden lisääntymiseen ihmisten pääomana. Keskeisimpinä tavoitteina on antaa ihmisille keinoja oman ja ympäristönsä terveyden hallinnan parantamiseen. Toisaalta tavoitteena on myös terveystapaomaa vähentävien tekijöiden, kuten tapaturmien, ympäristöhaittojen ja sairauksien ehkäisy. (STM 2001, 21.)

Vertio (2003) määrittelee terveyden edistämisen kirjassaan tiivistetysti seuraavasti: ”Terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta”.

Terveyden edistämisen käsite ja sisältö ovat muotoutuneet Maailman terveysjärjestön (WHO) piirissä kehittämistyön tuloksena. Käsitteen perustana ovat WHO:n Ottawan asiakirja 1986 sekä vuosina 1988, 1991 ja 1997 pidettyjen terveyden edistämisen maailmankongressien julkilausumat. Terveyttä edistävän toiminnan tulisi toimia viidellä tasolla: kehittämällä terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa, tukemalla terveellisen ympäristön aikaansaamista, tehostamalla ja vahvistamalla yhteisöjen toimintaa, kehittämällä yksilöiden henkilökohtaisia taitoja sekä suuntaamalla terveystalveluita terveyttä edistävään suuntaan. (Perttilä 1999, 65–66.)

Viimeisinä vuosikymmeninä terveyden edistämisen käsite on laajentunut ja kehittynyt sisällöllisesti. Samalla terveyden edistämisen parissa työskentelevien ihmisten määrä on lisääntynyt. Terveyden edistämisen merkitystä ja oikeutusta puoltavat useat tekijät, joista keskeisempiä ovat lakisääteinen pohja, sosiaalisen

oikeudenmukaisuuden periaate, ennenaikaisen kuolleisuuden vähentyminen, taloudelliset säästöt ja ennen kaikkea ihmisten hyvinvointi. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 22.)

2.1.2 Terveyskasvatus

Terveyskasvatuksessa on tärkeää nähdä terveys laajasti sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla. Terveystavoitteisen terveyskasvatuksen perustana on tieto terveydestä, ei sairaudesta ja tavoitteena on terveyden positiivinen edistäminen arkielämässä. Muutosprosesseissa on merkityksellistä ottaa mukaan yksilöiden omat voimavarat. Osana yleissivistystä ovat terveyden suojelemista koskevat tiedot, taidot ja arvostukset ja niiden välittämiseen tulisi osallistua jokaisen terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisen. Näin terveyskasvatus voidaankin määritellä sen olevan suotuisissa olosuhteissa tapahtuvaksi sosiaalisesti viestintäprosessiksi, joka vaikuttaa mielikuviin, ilmaisuihin ja yksilön toiminnan edellytyksiin ja luo terveyttä edistävää ilmapiiriä. (Kettunen, Liimatainen & Poskiparta 1996, 9–10.)

Terveyskasvatus ei ole ainoastaan tietojen jakamista vaan se on tapa kehittää yhdessä oppilaan kanssa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen taitoja. Tietojen lisäksi, nuoren pitää oppia päätöksentekotaitoja, tilanteen hallintaa, kykyä sietää surua ja kilpailua sekä pyrkiä vahvistamaan itsetuntoa. Tärkeimpiä terveyskasvatuksen osa-alueita varsinkin peruskoulussa ovat terveiden elämäntapojen edistäminen, päihteiden käytön, syrjäytymiskehityksen ja suurten kansantautien ehkäisy. Terveyskasvatuksen alakäsitteitä ovat esimerkiksi terveysneuvonta, terveysvalistus sekä opetus. Terveysneuvonnalla tarkoitetaan vuorovaikutuksellista terveyttä edistävien, sairautta ehkäisevien tai hoitoa koskevien kysymysten käsittelyä, terveysvalistus on yksisuuntaista tiedon välittämistä sekä opettamiseen liittyy puolestaan esimerkiksi taitojen opettaminen. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 115.)

Terveyskasvatus voidaan jaotella neljään suureen tehtävään: muutosta avustava tehtävä, sivistävä tehtävä, virittävä tehtävä ja arkiterapeuttinen eli mielenterveystehtävä. Muutosta avustavan tehtävän tavoitteena on terveyskäyttäytymi-

sen muuttuminen ja sairauksien ehkäisy sekä terveyteen liittyvien mielikuvien luominen ja niiden vahvistuminen. Esimerkkejä tästä ovat esimerkiksi laihdutusinterventiot, tupakasta vieroittamiskurssit ja muut valistuskampanjat. (Kettunen ym. 1996, 12–14.) Terveyskasvatuksen muutosta avustava tehtävä kuvaa perinteistä lääketieteellistä lähestymistapaa terveystieteeseen. Pää tavoitteena on sairauksien ehkäisy ja osatavoitteena terveyspalveluiden tarkoituksenmukaisen käytön toteutuminen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 77.)

2.2 Syrjäytyminen

Syrjäytymiskäsitteellä ei ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää vaan ilmaisu on ajasta ja paikasta riippuen suhteellinen ja vaihteleva. Syrjäytymisellä voidaan tarkoittaa työttömyydestä ja taloudellisesta huono-osaisuudesta aiheutuvia seurauksia. Laajemmin määriteltäessä syrjäytyminen on monitahoista edunvalvontajärjestelmistä ja sosiaalisista suhteista sivuun joutumista sekä kansalaisseman heikkenemistä. (Helne ym. 2004, 23–26.)

Sosiaalisen syrjäytymisen käsitettä on käytetty erityisesti Ranskassa noin 1980-luvulla mutta varsinaisesti sitä alettiin käyttää Euroopassa 1990-luvun aikana. Yhtenä osasyynä käsitteen yleistymiseen oli Ison-Britannian ja Saksan kieltäytyminen laajentamasta Euroopan komission köyhyysaloitteiden soveltamisalaa uusiin väestöryhmiin. Maat eivät olleet halukkaita tunnustamaan varsinaista köyhyyttä heidän maissaan, koska työmarkkinoiden tehokkaalla toimivuudella tai hyvinvointivaltion myöntämällä etuuksilla köyhyyttä voitiin estää. Tuolloin sosiaalisen syrjäytymisen käsite hyväksyttiin vaihtoehtoiseksi käsitteeksi köyhyyskeskustelulle. Syrjäytyminen muuttui kuitenkin laajemmaksi käsitteeksi kuin köyhyys. (Ruotsalainen 2005, 33–34.)

Syrjäytymisen sana viittaa osan irtoamiseen kokonaisuudesta eli yksilön irtautumisena yhteiskunnasta. Syrjäytymiseen sisältyy käsite yhteisyydestä. Syrjäytymisen ongelma korjaantuisi aktivoimalla ihmiset yhteisöllisyyteen. Ongelmana on määritellä normaali yhteisö. Työmarkkinoilta syrjäytymistä pidetään kuitenkin

tutkijoiden keskuudessa varsin usein syrjäytymisen yhteiskunnallisena pääkysymyksenä. (Helne ym. 2004, 1–8; Ruotsalainen 2005, 34.)

Yleisesti syrjäytyneiden ongelmana nähdään vallanpuute ja passiivisuus. Syrjäytynyt ei käytä kaikkia oikeuksiaan eikä ole poliittisesti suuntautunut. Perheettömyyttä, yksin olemista tai sosiaalisten suhteiden katkeamista pidetään myös syrjäytymisen osatekijöinä. Toisesta näkökulmasta voidaan kuitenkin todeta, että nämä eivät ole yksiselitteisiä, sillä ”normaalin” yksilön elämäntapaan sisältyessä asiat ovat hyväksyttäviä. Varsinkin työmarkkinoiden ja työsuhteiden heikkenemisen vuoksi on tullut yhä vaikeammaksi määritellä syrjäytyneitten ryhmiä ja syrjäytymisen riskejä. Päihteiden ongelmakäyttö on monella tavoin yhteydessä syrjäytymis- ja huono-osaisuusilmiöihin. (Helne ym. 2004, 97.)

2.2.1 Syrjäytymisen syitä ja osakäsitteitä

Toimeentuloerot ovat lisääntyneet laman jälkeisissä oloissa, sosiaalinen köyhyysaste on kasvanut ja köyhien reaalitulo on alentunut. Syynä tähän on ollut sosiaaliturvan uudelleenjakovaikutusten pieneneminen. Tämä antaa aiheen olettaa, että syrjäytymisongelmat ovat kasvaneet. Nuorisotyöttömyys nousi laman alkuvuosina muun työttömyyden tavoin ennen näkemättömiin lukemiin. Työttömyys ei ollut vielä 2000-uvulle tultaessa laskenut lamaa edeltävälle tasolle. Varsinkin nuoret ovat joutuneet lisäksi kiinnittymään usein ns. sekundaääri työmarkkinoille. Tämä tarkoittaa sitä, että nuorille tarjoutuvat työtilaisuudet ovat lyhytkestoisia ja projektiluonteisia. (Suutari 2002, 13.)

Nuorten pitkäaikainen työttömyys, asunnottomuus, pitkäaikainen toimeentulotukiasiakkuus sekä näistä seuraava elämänhallinnan pettäminen näkyy nuorten syrjäytymisenä ja muunakin pahoinvointina. Etelä-Suomen läänissä on edelleen lähes 10 000 alle 30-vuotiaasta, pitkäaikaista toimeentulotukiasiakasta. Asunnottomia alle 25-vuotiaita nuoria on 1 100. Läänin alueella on lähes 500 alle 21-vuotiaasta nuorta, jotka ovat valinneet rikosuran ja joilla on vähintään kolme rikoslakirikosta. Kriminaalinuorista parhaillaan vankilarangaistusta suorittaa n. 500 alle 30-vuotista nuorta. Näiden nuorten kohdalla voidaan puhua hyvin sel-

väpiirteisesti syrjäytymisestä ja yhteiskunnan toimintajärjestelmien ulkopuolelle joutumisesta. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2009.)

Nykyisissä yhteiskunnissa on prosesseja, jotka johtavat määrätyn väestöosan syrjäytymiseen. Syrjäytymistä tutkittaessa on tunnistettava ne prosessit, jotka johtavat määrättyjä yksilöitä lisääntyvien haittojen piiriin ja samanaikaisesti toisia yksilöitä jatkuvasti lisääntyvien etuisuuksien suuntaan. (Ruotsalainen 2005, 36–40.)

Syrjäytyminen voi olla samanaikaisesti seurausta sekä yksilön omista valinnoista että rakenteellisista tekijöistä. Rakennemuutoksia ovat lasten ja nuorten kohdalla mm. hyvin nopeasti tapahtunut perherakenteen ja mallin muutos, urbanisoituminen ja muuttoliike ja pitkät opiskeluajat ennen työelämään siirtymistä. Näillä muutoksilla on usein myönteisten vaikutusten lisäksi kielteisiä vaikutuksia. Esimerkiksi sosiaalistumiskehityksessä on joillakin nuorista ja lapsista vaikeaa. Koulusta aikuisuuteen, jatko-opiskeluun tai työelämään ei aina onnistu. Syrjäytymisen yksityiskohtaisempi tarkastelu osoittaa, että suurimpia riskiryhmiä ovat mm. pitkäaikaistyöttömät, ylivelkaiset, asunnottomat, alkoholiongelmaiset, huumeidenkäyttäjät, ongelmaperheiden lapset ja nuoret, vammaiset, pitkäaikaissairaat ja mielenterveysongelmaiset sekä maahanmuuttajat. (Suutari 2002, 14.)

Suomessa suuria haasteita aiheuttavat päihteet, jotka ovat tulleet entistä vaikeammin hallittaviksi. Julkisuudessa huumeiden käyttö on voimakkaasti esillä, silti valtapäihde on edelleen alkoholi. Alkoholi myös aiheuttaa välillisesti tai välittömästi suurimman osan päihteiden käyttöön liittyvistä sosiaalisista ja terveydellisistä ongelmista. Suomalainen juomatapa on humalahakuista ja alkoholin käyttö kasaantuu eniten kuluttavalle vähemmistölle. Alkoholin ongelmakäyttöön liittyy usein monimutkaisia syrjäytymisilmiöitä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 50.)

Niinistö ja Saari (2007) selvittävät, miten päihdetyötä tekevät ammattilaiset näkevät päihdeongelman syrjäytymisen nyky-yhteiskunnassa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessaan he haastattelivat kuutta päihdetyötä tekevää ammattilaista

teemahaastattelun avulla. Tutkimustuloksissa ilmeni, että syrjäytyminen oli hyvin vaikea määritellä ja se nähtiin monialaisena, tietynlaisena syrjään tai sivuun joutumisena yhteiskunnasta. Tutkimuksessa esiin tulleina syrjäytymisen syinä nousivat päihdeongelmat, joiden syinä taas saattoivat olla monet eri asiat. Tällaisessa tilanteessa ihmistä ei voida todella auttaa, ellei päihteidenkäytön alkuperäistä syytä selvitetä ja ongelmaa käsitellä. Haastatteluissa ilmeni myös, että syrjäytymisen syyt saattoivat johtua lapsuuden ongelmista, työttömyydestä, avioerosta, psyykkisestä tai fyysisestä sairaudesta, asunnottomuudesta tai koulutuksen puutteesta.

2.2.2 Syrjäytymisen ehkäisy

Syrjäytymisen ehkäisyssä keskeisenä on yhdenvertaisuusperiaatteen noudattaminen. Perustuslain 19 §:n mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämisen edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän tai huoltajan menetyksen perusteella. Perustuslain 18 §: perusteella julkisen vallan tehtävänä on edistää työllisyyttä ja pyrkiä turvaamaan jokaiselle oikeus työhön.

Keskeisiä keinoja työttömyyden aiheuttaman syrjäytymisen katkaisussa ovat työhön kuntouttaminen ja siihen liittyvät elämänhallintaa edistävät tukitoimet. Omien taitojen löytyminen, sosiaalisten suhteiden rikastuminen, päihteiden käytön lopettaminen ovat merkittäviä tuloksia, vaikka aina työllistymistä vapaille työmarkkinoille ei tapahtuisi. (Suutari 2002, 15.)

Erityisesti pitkään työttömänä olleilla on usein runsaasti sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Osa työttömistä ei oma-aloitteisesti hakeudu terveystalvelujen piiriin, vaan heidän tavoittamisensa vaatii viranomaisyhteistyötä. Pitkäaikaistyöttömän terveydentilan ongelmat ja työkyvyn puutteet ovat monissa tapauksissa esteenä myös työllistymiselle ja uhkana syrjäytymiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b.)

2.3 Syrjäytymiseen liittyvät ilmiöt

2.3.1 Asunnottomuus

Asunnottomuuden määritelmä vaihtelee paljon eri maissa. Toisaalla se saattaa olla yleinen ilmiö, johon on totuttu ja johon ei kiinnitetä huomiota. Maissa, joissa se on hyvin yleistä, viranomaiset eivät välttämättä tunnusta ongelman olemassaoloa (Korhonen 2002, 24). Usein asunnottomat ovat vaikeasti syrjäytyneitä, joilla on toimeentulon lisäksi vakavia päihde- ja mielenterveysongelmia. Asunnottomuus ei ole ainoastaan asunto-ongelma, vaan se on laajempi sosiaalinen ongelma. (Juntto 2002, 307–308; Sunikka, Seppälä & Granfelt 2008, 7.)

Asunnottomiksi määritellään Suomessa Valtion asuntorahaston asuntomarkkinaselvityksen mukaan erilaisia ryhmiä. Asunnottomiksi luetaan sen mukaan ulkona ja tilapäissuojissa sekä esimerkiksi yömajoissa tai vastaavissa majoilevat henkilöt. Asunnottomia ovat myös henkilöt, jotka majoilevat tilapäisesti tuttavien ja sukulaisten luona tai erilaisissa laitoksissa. (Korhonen 2002, 24.) Asunnottomuus on nähty pitkään lähinnä asuntopoliittisena ongelmana, joka ratkaistaan asuntoja rakentamalla. Edelleenkin osa asunnottomista on autettavissa tarjoamalla kohtuuhintaista asuntoa. (Sunikka, Seppälä & Granfelt, 10.)

Nuorten elämäntilanne on yleensä muuta väestöä epävakampaa ja erilaiset elämänmuutokset ovat yleisiä. Elämänmuutoksiin ovat yhteydessä nuorten asumisvaikeudet ja asunnottomuus. Tilapäistä asunnottomuutta voivat aiheuttaa opiskelun alkaminen tai loppuminen, työpaikan saaminen toiselta paikkakunnalta tai parisuhteen päätyminen. Edullisista pienistä vuokra-asunnoista on pulaa, vapaiden asuntomarkkinoiden vuokratakuut ovat korkeita eikä asuntolainan ottaminen ole mahdollista taloudellisen epävarmuuden tai työttömyyden vuoksi. (Sunikka, Seppälä & Granfelt 2008, 81.) Asunnottomista nuorista suurin osa oli pääkaupunkiseudulla vuonna 2000. Muuttoliike on erityisesti kärjistänyt asuntotilannetta pääkaupunkiseudulla. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2009.)

2.3.2 Työttömyys

Koko maassa työttömiä oli vuoden 2010 huhtikuussa 15 000 enemmän kuin edellisvuoden huhtikuussa eli 248 000 Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan. Työttömyysaste oli tällöin 9,3 %. Vuoden takaiseen verrattuna työttömyysaste nousi 0,6 prosenttiyksikköä. (Tilastokeskus 2010.)

Työttömyys on raskain syrjäyttäjä. Usein syrjäytyminen on alkanut koulutuksesta. Henkilö on jäänyt ammatillisen koulutuksen ulkopuolelle eikä hänellä ole mitään ammatillista tutkintoa. Nykyaikaiset työmarkkinat ovat ikään kuin sulkeutuneet ammattikouluttamattomilta nuorilta. Työmarkkinoilla ei ole heille käyttöä. He joutuvat helposti työttömäksi. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2009.)

Nyyssölän ja Pajalan (1999, 10–11) mukaan vasta 1990-luvun suurtyöttömyyden aikana nuorten koulutuksesta työelämään siirtyminen tuli ongelmaiseksi Suomessa. Suomessa on havahduttu siihen, että perinteinen, turvallinen ja ennusteellinen elämänmalli uhkaa kadota kokonaan. Työttömyyden vuoksi pitkittyvä epävarmuus ja huono-osaisuus eivät enää välttämättä valikoidu pelkkiin kouluttamattomiin ja ongelmanuoriin.

2.3.3 Köyhyys

Köyhyys määritellään tavallisesti ja pääasiallisesti matalien tulojen ja aineellisen puutteen perusteella (Ruotsalainen 2005, 33). Köyhyys voi olla sekä absoluuttista että suhteellista. Absoluuttisella köyhyydellä tarkoitetaan taloudellista puutteenalaisuutta, joka vaarantaa ihmisen toimintakyvyn tai olemassaolon. Suhteellisella köyhyydellä tarkoitetaan tulojen jakautumista. Varattomien elinoloja verrataan siis yhteiskunnan yleiseen vaurauteen, sosiaalisiin oloihin ja kulttuuriin tekijöihin. Suomessa ei katsota enää olevan absoluuttista köyhyyttä. (Arajärvi 2003, 42; Kangas ym.2002, 150.)

Nykyaikana köyhyys ei koske ainoastaan vanhuksia. Päinvastoin, vauraissa länsimaissa köyhyysriski on korkein nuorten aikuisten keskuudessa. Tämä johtuu siitä, että nuori aikuisuus elämänvaiheena on työkeskeisyyden sijasta nykyi-

sin tyypillisesti opiskeluaikaa tai vaihtoehtoisesti työttömyyden varjostamaa. Molempiin liittyy korostunut toimeentulo-ongelmien riski. Työtulojen voidaan sanoa olevan ensisijainen turva köyhyyttä vastaan. Hyvinvointiongelmana pienituloisuuden merkitys riippuu siitä, kuinka pitkäkestoinen köyhyys on. Jos se on tilapäistä, kuten esimerkiksi opiskelijoilla, ongelma ei ole niin vakava kuin silloin, kun köyhyys muodostuu pitkäkestoiseksi. (Heikkilä & Karjalainen 2000, 38–39.)

Perustuslain 19 §:n 1 momentti edellyttää, että jokaiselle taataan ihmisarvoisen elämän edellyttämä huolenpito ja toimeentulo. Toimeentulolla tarkoitetaan lähinnä rahallisia etuja ja huolenpidolla erinäisiä hyvinvointipalveluja. Ihmisarvoisen elämän edellyttämään toimeentuloon kuuluu monien psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttäminen. Sosiaalisesti hyväksyttävä toimeentulo sisältää välttämätöntä toimeentuloa enemmän yhteiskunnallisten tekijöiden ja muun muassa yhteiskunnan vaurauden huomioon ottamista. Periaatteessa se merkitsee sitä, että toimeentulotuella taataan elävälle henkilölle ulkoisilta puitteiltaan vastaava toimeentulo kuin kansalaisilla yleensä on. Perustuslain 19 §:n 2. momentissa edellytetään jokaiselle annettavaksi perustoimentulon turva työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen saamisen ja huoltajan menetyksen perusteella. (Arajärvi 2003, 45–46.)

Köyhyyden vaikutus terveyseroihin syntyy lähinnä kolmen tekijän vaikutuksesta. Köyhyys voi vaikuttaa suoraan elinoloihin niin, että se heikentää terveyttä. Rahan puutteen vuoksi esimerkiksi ruoka voi olla epäterveellistä tai sitä voi olla liian vähän, mikä voi aiheuttaa sairastavuuden. Toisaalta köyhyys voi estää terveyspalveluiden käyttöä, esimerkiksi terveyspalveluiden maksullisuuden tai saatavuuden vuoksi. Köyhyyteen voi myös liittyä terveyttä heikentäviä elämäntapatekijöitä, kuten epäterveelliset ruokatottumukset, tupakointi, alkoholin käyttö, nämä eivät kuitenkaan seuraa suoraan taloudellisesta niukkuudesta vaan pikemminkin monimutkaisen kulttuurisen käyttäytymismallin vaikutuksesta. (Kangas ym. 2002, 149–150.)

Vuosi 2010 on eurooppalainen köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan teemavuosi. Köyhyys on moniulotteinen ilmiö. Teemavuosi pyrkii ennen kaikkea vaikuttamaan kansalaisten köyhyyttä ja köyhiä koskeviin asenteisiin ja näke-

myksiin. Suomessa eurooppalaista köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toiminnan teemavuotta toteutetaan kansallisten suunnitelmien mukaisesti EU:n puitteissa siten, että sille on asetettu omat toiminnalliset tavoitteet ja annettu taloudellista tukea EU:n varoista. Teemavuoden päätavoitteena on edistää osallisuutta ja yhteenkuuluvuutta. Teemavuosi pyrkii edistämään köyhyyden ja syrjäytymisen ilmiöiden ymmärrystä, edistämään yhteistä vastuuta sekä vahvistamaan eri osapuolten sitoutumista toimintaan. Tavoitteena on myös vaalia köyhyydessä elävien ihmisten oikeuksia ja vahvistaa heidän osallisuuttaan ja osallistumismahdollisuuksiaan. (STM 2009.)

2.4 Nuorten terveyskäyttäytyminen

Terveyttä määrittävät tekijät ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristötekijöitä, jotka ovat yhteydessä väestön terveydentilaan. Yksilötasolla niitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, koulutus ja tulotaso. Terveyttä määrittävät tekijät ovat moninaisia ja keskenään vuorovaikutuksessa. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 86.) Terveydentila on kuvaus tai mittaus yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan terveydestä tietynä ajankohtana. Terveydentilaa voidaan tarkastella objektiivisesti mittaamalla ja koetun terveyden kautta. Koettu terveys on yksilön tulkinta kokemastaan terveydestä ja sairaudesta omassa arkipäivän elämässä. Kokemus perustuu käytettävissä olevaan tietoon, aiempiin kokemuksiin sekä sosiaalisiin ja kulttuurisiin normeihin. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 90–93.)

Nuoruus on suurten muutosten aikaa. Aikuistuminen edellyttää kehittymistä monella tasolla: itsenäistymistä, identiteetin löytymistä, vastuuseen kasvamista ja oman paikan löytymistä yhteiskunnasta. Nuori kokeilee omia käyttäytymismallejaan pyrkiessään itsenäistymään ja kehittämään identiteettiään. Yritys hypätä suoraan aikuisuuteen, kehityksen jarruttaminen tai kuohuva kehitys ovat yleensä merkkejä siitä, että nuori on vaikeuksissa ja avun tarpeessa. Kuohuvaa kehitystä voi olla esimerkiksi käytöshäiriöt, epäsosiaalisuus tai päihteidenkäyttö. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 166; Aalberg & Siimes 2007, 156–157.)

Ihmisten terveysvalinnat eivät aina ole vapaita valintoja. Monen asiat yhteiskunnassa voivat ohjata terveysvalintoja väärään suuntaan, jolloin ne ovat ristiriidassa terveysvalistukselle ja terveysneuvonnalle. Syrjäytyminen, työttömyys ja taloudellinen lama voivat vaikeuttaa suosituksen mukaisen terveellisen ja monipuolisen ruuan syömistä. Henkisiä voimavaroja voivat verottaa myös kiire, vaikeat ihmissuhteet ja stressi, joita tarvittaisiin aktiiviseen terveyttä edistävään elämäntapaan. (Kannas, Eskola, Välimaa & Mustajoki 2010, 213.)

Sorvojan (2009) tutkimus kartoitti 25-vuotiaiden kouluttamattomien nuorten kuvaamaa käsitystä elämästään ja arjestaan. Tutkimus ilmiötä hän lähestyy kvalitatiivisesti grounded-theoryn mukaisesti. Tutkimus toteutettiin Oulun ja Kalajokilaakson alueella teemahaastatteluna ja siihen osallistui viisi nuorta, jotka hakeutuivat tutkimukseen joko vapaaehtoisesti tai Etsivän Nuorisotyön projektin projektityöntekijän kautta. Tutkimuksesta tuli ilmi, että nuoret kokivat työelämän turvaksi, joka poistaisi arjessa esiintyvän epävarmuuden mutta uskallus astua työelämään tai opiskeluun tuntui nuoresta pelottavalta. Työelämään ja opiskeluun siirtymistä rajoittivat myös haastateltavien ammattitaidottomuus, oma sairastuminen sekä päihdeongelma ja siitä aiheutuneet erinäiset ongelmat (Sorvoja 2009, 52).

Nuorten terveyskäyttäytymisen työssäni olen rajannut koskemaan ravitsemusta, painonhallintaa, päihteiden käyttöä, liikuntaa, nukkumista sekä mielenterveyshäiriöitä.

2.4.1 Päihteet

Päihteidenkäyttö voi alentaa riskinottoa ja lisätä aggressiivisuutta. Eri päihteiden käyttötavat voivat olla yhteydessä toisiinsa. Tupakoimattomat tai alkoholista kieltäytyvät, harvoin kokeilevat huumeita. Humalainen tai pilvessä oleva nuori siis voi altistua väkivallalle, suojaamattomalle seksille, ylipäättään harkitsemattomalle seksuaaliselle kanssakäymiselle, ajoneuvon ajamiseen päihtyneenä tai päihtyneen kuljettajan kyydissä olemiselle, omaisuusrikoksiin sekä erilaisiin tapaturmiin. Päihteidenkäytön seurauksena koulupoissaolot lisääntyvät huomattavasti, ammatillisen koulutuksen tai lukion keskeyttäminen saattaa vai-

keuttaa myöhemminkin kouluttautumista. (Fröd ym. 2009, 19; Havio, Inkinen & Partanen 2008, 166–167.)

2.4.2 Tupakka

Kouluterveyskyselyn (2009) mukaan yläluokkalaisten poikien päivittäinen tupakointi lisääntyi ja tyttöjen pysyi lähes ennallaan. Lukiolaisilla päivittäin tupakoivien osuus vähentyi hieman. Lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla ei havaittu sukupuolten välisiä eroja päivittäisessä tupakoinnissa, sen sijaan peruskoululaisilla pojilla päivittäinen tupakointi oli edelleen tyttöjä yleisempää. Ammattiin opiskelevilla päivittäinen tupakointi oli neljä kertaa yleisempää kuin lukiolaisilla. (THL 2009.) Nuorten tupakoinnille on ominaista melko nopea eteneminen kokeilusta päivittäiseen tupakointiin. Mitä yleisempää on nuoren tupakointi kasvuympäristössään tai tuttavapiirissään, sitä todennäköisemmin hän alkaa tupakoida jo varhain. Koulumenestys saattaa suojata tupakoinnilta. Keskimääräistä suurempi riski varhaiseen tupakointiin on oppimisvaikeuksia kohtaavilla sekä erityisopetusta tarvitsevilla. On myös tutkittu, että tupakointi voi ilmaista siitä, että nuorella on keskimääräistä suurempi vaara edetä päihteiden- tai huumeidenkäyttäjäksi. (Havio ym. 2008, 167.)

2.4.3 Alkoholi

Suomalaisten merkittävin päihde on alkoholi. 2000-luvulla suomalaisten nuorten alkoholin käyttö on hiukan vähentynyt ja kokonaan raittiiden nuorten määrä lisääntynyt. Humalajuominen on ammatillisissa oppilaitoksissa yleisempää kuin lukiossa. Yleensä miehet käyttävät päihteitä enemmän kuin naiset. (Frödj ym. 2009, 17; Havio, Inkinen & Partanen 53; THL 2009.)

Impulssikontrolli, motivaatio, informaation käsittelykyky sekä ihmissuhteiden ylläpitämiseksi tarvittavat kyvyt kehittyvät nuoruusiän aikana. Aivojen altistuessa suurille alkoholimäärille voi olla, että nuoruusiälle tyypillinen impulsiivinen käyttäytyminen ei menekään ohi aikuistuessa. Alkoholi-altistus nuoruusiässä vaikuttaa myös aivojen rakenteelliseen kehitykseen niin, että alkoholin väärinkäyttö ja alkoholiriippuvuus tulevat nuorelle alttiimmaksi. Varhainen alkoholinkäytön aloit-

taminen altistaa nuoren myöhemmille päihdeongelmille. (Frödj ym. 2009, 18–19.)

2.4.4 Huumeet

Huumeista riippuvaisia tulee vain pienestä osasta huumetta kokeilleista. Koko 1990-luvun ajan suomalaisväestössä yleistivät sekä huumeiden käyttö että käytöstä aiheutuneet haitat (Frödj ym. 2009, 18, Havio, Inkinen & Partanen 2008, 62). Erityisesti nuorten, 15–24 -vuotiaisen, huumeiden käyttö on tasaantunut. Silti Etelä-Suomen läänissä vuonna 2005 oli 7000–12000 amfetamiinien ja opiaattien käyttäjää. Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy enimmäkseen kannabistuotteita, synteettisistä huumausaineista amfetamiinia ja ekstaasia, buprenorfiinia sekä bentsodiatsepiinivalmisteita. Varsinaisten huumeiksi luokiteltavien aineiden lisäksi nuoret saattavat käyttää lääkkeitä tai lääkkeitä ja alkoholia yhdessä humaltuakseen. Noin 0,5–0,8 prosenttia 15–24 vuotiaista suomalaisista nuorista kuului ongelmakäyttäjiiin ja ongelmakäyttäjistä noin kaksi kolmannesta on miehiä. (Frödj ym. 2009, 18.)

Huumeiden käytöllä on haitallisia vaikutuksia sekä mielen että ruumiin terveyteen. Vakavia tartuntoja leviää likaisten neulojen välityksellä, noin 50–70 prosentilla on C-hepatiitti. Katuhuumeilla ei ole laadunvalvontaa, koska huumeiden myynti on laitonta toimintaa. Näin ollen vaikuttavien aineiden pitoisuudet saattavat vaihdella huomattavasti. Suomessa huumausaineisiin liittyviä kuolemantapauksia oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten mukaan oli 229 kappaletta vuonna 2007. Huumeet altistavat myös vakaville mielenterveyden ongelmille. Huumeiden käyttäjät saattavat turvautua huumeiden käytön aiheuttamille haittoille muihin lääkeaineisiin. Suomessa huumeet ovat laittomia, ennen pitkään huumeiden käytön rahoittaminen saattaa vaatia rikosten tekemistä. (Fröjd ym. 2009, 20.)

2.4.5 Ravitsemus ja painonhallinta

Suomalaisten nuorten ravitsemustila ja ravintoaineiden saanti on yleensä riittävä. Nuoren tarpeita vastaava ravinto sekä säännölliset ateria-ajat ovat fyysisen

kunnon ja hyvinvoinnin säilymisen edellytys. Ulkonäköpaineet saavat nuoret, etenkin tytöt, tarkkailemaan painoaan. Ruuan runsaus, arkiaktiivisuuden vähäisyys ja sähköisen viihteen yleisyys ovat johtaneet kaikkien suomalaisten paino-ongelmiin. Pikaruokia sekä suolaisia ja makeita naposteltavia mainostetaan runsaasti. Makeispussien ja virvoitusjuomapullojen koot ovat kasvaneet. Nuoren elämänmenoon kuuluu myös runsas välipalojen syöminen. (Ihanainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2008, 17, 75; Aaltonen ym. 2003, 134.)

Nuorten ravitsemukseen ja ruokailutottumuksiin vaikuttavat monet tekijät, kuten ruokahalu, kylläisyys, makutottumukset, elämäntyyli, asenteet, persoonallisuus, perhe ja kaverit. Nuoren asuessa kotona ruokavalioon vaikuttaminen tulee ulottaa myös koteihin. Ainoastaan koko perheen ruokatottumuksiin vaikuttaminen voi saada aikaan toivottuja tuloksia. Kehittyvä ja kasvava nuori tarvitsee kunnollisen aamupalan, lounaan, päivällisen, iltapalan sekä tarvittaessa välipalan. Näiden aterioiden avulla taataan riittävästi tarvittavia suojaravintoaineita. Aterioiden tulee myös olla säännöllisiä. (Aaltonen ym. 2003, 135–137.)

Nuorten yleisin ravitsemushäiriö on ylipaino. Lihavuudesta puhutaan silloin kun paino ylittää 20 % pituuteen suhteutetulla painokäyrällä. Ylipainolla tarkoitetaan liian rasvan keräytymistä elimistöön. Sen mittana käytetään muun muassa BMI:tä, jossa paino jaetaan pituuden neliöllä. Lapsuudenkodin ruokatottumuksilla on erityisesti vaikutusta myöhempäänkin painon kehitykseen. Nuorelle ylipainoisuus on kokonaisvaltainen tekijä, joka heikentää hyvinvointia. Liikapaino voi aiheuttaa huonommuudentunnetta, heikentää itsetuntoa tai aiheuttaa erilaisia somaattisia sairauksia. Painopiste ylipainoisuuden hoidossa on ennaltaehkäisyssä. (Aaltonen ym. 2003, 139.)

2.4.6 Liikunta

Liikunta on yksi tärkeimmistä terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Tarkasteltaessa sen merkitystä on muistettava suhteuttaa liikunnan vaikutukset elämäntapojen kokonaisuuteen. Liikunta vaikuttaa myönteisesti hyvinvointiin ja toimintakykyyn, kun sitä harrastetaan säännöllisesti ja suhteutetaan omiin kykyihin. Liikunta lisää elimistön vastustuskykyä ja pienentää muun muassa tulehdussairauksiin

sairastumisen riskejä. Säännöllinen liikunta ehkäisee myös lihavuutta, sydän- ja verisuoni- sekä tuki- ja liikuntaelimistön sairauksia. (Aaltonen ym. 2003, 145; Rehunen 1997, 11–12.)

Hyvää fyysistä kuntoa ja terveyttä voidaan pitää nuoren mielenterveyden perustana. Liikunnan kautta voi kokea hyväksytyksi tulemista, keskittymiskyky paranee ja sosiaaliset kontaktit lisääntyvät. Liikuntaa on hyvä harrastaa säännöllisesti vähintään puolen tunnin ajan ja hieken asti kolme kertaa viikossa, jotta liikunnan edulliset vaikutukset saavutetaan. (Aaltonen ym. 2003, 146.)

Liikunta on painonhallinnassa lähes yhtä tärkeää kuin syöminen ja ruoka. Liikunta ei kuitenkaan yksin riitä karistamaan kiloja vaikka se on hyvin toimiva keino painonhallinnassa (Kannas ym. 2010, 61). Suomalaisten liikuntatottumukset ovat viime aikoina muuttuneet selvästi. Vapaa-ajan liikkuminen on lisääntynyt.

2.4.7 Nukkuminen

Ajoittaiset uniongelmien ovat tuttuja lähes kaikille. Yhä useampi suomalainen nukkuu liian vähän. Opiskelevat nuoret nukkuivat noin 1,5 tuntia enemmän kuin ikätoverinsa nykyisin. Fyysinen kuormittavuus on arkielämässä vähentynyt huomattavasti, mikä on vähentänyt unen tarvetta. Lisäksi ihmisten elämäntyyliä länsimaissa on vauhdittanut informaatioteknologinen vallankumous 1990-luvun alussa. Nuoret ovat ensimmäisinä omaksuneet uusien viestimien käyttöön liittyvän entistä yöpainotteisemman elämänrytmin. (Kannas, Eskola, Välimaa & Mustajoki 2010, 196.)

Univaje vaikuttaa haitallisesti aivojen ja muun elimistön toimintaan. Lyhentyneet lepoaika heikentää elimistön puolustuskykyä. Tutkimusten mukaan unen puutteesta kärsivillä vuorotyöläisillä on tavallista enemmän tulehdussairauksia. Lyhyt lepoaika ja krooninen univaje altistavat myös sepelvaltimotaudille, aineenvaihduntasairauksille, kakkostyypin diabetekselle, kolesterolimuutoksille ja kohonneelle verenpaineelle. Uni ja psyykkiset sairaudet ovat yhteydessä toisiinsa monin tavoin, muun muassa unen puute altistaa psyyken sairauksille ja toisaalta psyykkiset sairaudet aiheuttavat unen muutoksia. (Kannas ym. 2010, 201.)

2.4.8 Mielenterveysongelmat

Yleisempiä nuorten pahaa oloa kuvaavia termejä ovat mielenterveyden järkkyminen, psyykkinen pahoinvointi, sosiaalinen sopeutumattomuus ja epätasapainoisuus. Kun nuori saa ajoissa apua, usein voidaan ehkäistä vakavampiin mielenterveysongelmiin sairastuminen. Pahan olon ilmenemismuotoja voi olla esimerkiksi stressi, masennus, ahdistus, syömishäiriöt tai itsetuhoisuus. (Aaltonen ym. 2003, 249.)

Nuorten mielenterveysongelmista varsinkin ahdistuneisuushäiriöt masennuksen, käytös- ja päihdehäiriöiden ohella ovat yleistyneet, nuoruusikäisestä väestöstä noin 10 % potee jonkin asteista ahdistuneisuushäiriötä. Ahdistuneisuushäiriöitä on useita erilaisia, kuten paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireinen häiriö ja määräkohtaiset pelot sekä traumaperäiset häiriöt kuten traumaperäinen ja akuuttistressireaktio. (Fröjd 2009, 8; Aalberg & Siimes 2007, 291; Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilen 2003, 251.)

Mielenterveysongelmien kanssa esiintyy runsaasti päihteiden käyttöä ja päihdeongelmaa. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ihmiset voidaan jakaa karkeasti neljään ryhmään. Ensimmäisen ryhmän mukaan potilailla on psykiatrisia oireita, jotka vahvistuvat päihteiden väärinkäytön seurauksena. Toisena ryhmänä ovat henkilöt, joilla on päihteiden väärinkäyttöä, mikä aiheuttaa psykiatrisia komplikaatioita. Kolmantena ryhmänä ovat henkilöt, jotka kärsivät samanaikaisesti päihteiden väärinkäytöstä ja psykiatrisista oireista sekä viimeisenä ryhmänä potilaat, joilla on traumaattinen kokemus, joka johtaa päihteiden väärinkäyttöön. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 201.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Vamos-projektiin osallistuvien nuorten käsityksiä omasta terveydentilastaan ja terveyskäyttäytymistään sekä heidän mielipiteitä juuri heille kohdistuvasta terveysneuvonnasta. Tutkimuksen tavoitteena oli löytää vastaukset seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millainen on syrjäytymisvaarassa olevan nuoren terveyskäyttäytyminen?
2. Miten syrjäytymisvaarassa oleva nuori määrittelee oman terveytensä?
3. Miten ja mistä syrjäytymisvaarassa oleva nuori haluaisi saada terveysneuvontaa?

Opinnäytetyössä saatujen tulosten avulla Vamos-projekti voi kehittää toimintaansa syrjäytymisvaarassa olevien nuorten parissa. Terveystoimijana voin itse käyttää opinnäytetyöstäni saamaa tietoa omassa ammatissani hyödyksi terveyden edistäjänä.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimukseni kohderyhmänä ovat Vamos-projektiin osallistuvat 17–29-vuotiaat syrjäytyneet nuoret. Projektin päätavoitteena on vahvistaa nuoren omia voimavaroja ja vahvuuksia sekä tukea nuorta kiinnittymään yksilöllisesti arvioituun ja suunniteltuun toimintaan. Yksilöllisen ja ryhmämuotoisen tuen avulla pyritään löytämään nuorille uusia polkuja kouluttautua tai työllistyä.

Vamos-projektiin osallistuvat nuoret käyvät yksilöllisen tarpeen mukaan Vamos-projektin toimitiloissa. Rajasimme yhdessä Vamos-projektin yhteistyökumppani-

ni kanssa tutkimuksen koskemaan kaikkia niitä nuoria, jotka osallistuvat Vamos-projektiin yhden viikon aikana. Vähäisen vastaajien määrän vuoksi tutkimuslomakkeita päädyttiin jakamaan yhden viikon sijasta kaksi viikkoa.

Vamos-projekti on Helsingin Diakonissalaitoksen alainen, joten opinnäytetyöni vaatii Eettisen toimikunnan lausunnon. Opinnäytetyöni liittyy Terve Helsinki -hankkeeseen, joten opinnäytetyöni edellytti tutkimusluvan hakemista myös Helsingin kaupungilta.

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Hoitotieteen tutkimuksissa käytetään sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä, jotka nähdään toisiaan täydentävinä. Tutkimuksen lähestymistavan valitsemiseen vaikuttavat tutkittava ilmiö, tutkijan tapa jäsentää tieteellistä maailmankuvaa ja myös tutkimuksen teoreettinen viitekehys. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 19.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä mittaamaan jotakin ilmiötä ja siihen vaikuttavia tekijöitä mahdollisimman luotettavasti. Tilastollisten menetelmien tarkoituksena on helpottaa tutkimuksessa kerättyjen tietojen tulkitsemista, sekä tilastollisten menetelmien avulla voidaan tiivistää tietoa, tehdä ilmiötä koskevia päätelmiä ja malleja. (Nummenmaa 2006, 17.)

Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän yhteiskäytöstä käytetään termiä triangulaatio. Triangulaatiossa yleensä jompikumpi lähestymistapa on ensisijainen. (Leino-Kilpi 1998, 225–226.) Tämän tutkimuksen lähestymistapa on ensisijaisesti määrällinen, jonka lisäksi tiettyjä osioita kysytään laadullisella tiedonhankintamenetelmällä. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmän valitsin siksi, että halusin kartoittaa yleisesti Vamos-projektiin osallistuvien syrjäytyneiden nuorten terveyttä ja terveyskäyttäytymistä sekä heidän mielipiteitään heille kohdistuvasta terveysneuvonnasta.

4.2.1 Kyselylomake

Aineiston keruun suoritin kyselylomakkeen avulla Vamos-projektin nuorille. Kyselylomakkeessa oli sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Kyselylomakkeen yhteydessä vastaaja sai tiedotteen, jossa kerrottiin itse tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Tutkija ei vaikuta läsnäolollaan vastaajiin kyselylomakkeella suoritettussa tutkimuksessa. Lomakkeessa on myös mahdollisuus tutkijan esittää runsaasti kysymyksiä. (Aaltola & Valli 2001, 101–102.)

Kyselylomakkeen etuna on se, että vastaaja pysyy paremmin anonyyminä. Varmaa ei kuitenkaan ole, suhtautuuko vastaaja vakavasti kysyttyihin asioihin (Hirsjärvi ym. 2001, 182). Kyselylomakkeella Vamos-projektin nuoret ovat paremmin tavoitettavissa, koska se ei edellytä jokaisen nuoren henkilökohtaista tapaamista. Kysymysten sisällön on tarkoitus vastata tutkimuskysymyksiin ja kysymysten määrällä on merkitystä, ajatellen vastaajan aikaa ja motivaatiota vastata kysymyksiin vaikka osallistuminen onkin vapaaehtoista (Valli 2001, 29). Kyselylomakkeen laadinnan lähtökohtana olivat aikaisemmat tutkimukset ja teoria. Apuna lomakkeen rakentamisessa käytettiin opiskeluterveydenhuoltoon suunnattua terveystutkimusta. Kyselylomake esitettiin tutkijan lähipiirissä, jonka perusteella tehtiin pieniä muutoksia lomakkeen ulkoasuun ja sanarakenteisiin.

Kyselytutkimukseen voi myös liittyä heikkouksia, kuten vastaajien epärehellisyys, huolellisuus ja motivaatio vastata kysymyksiin. Väärinymmärryksiä voi olla vaikea kontrolloida, jos ei tiedetä, miten vastaajat ovat perehtyneet siihen asiaan, josta kysymyksiä esitetään. Vastaamattomuus voi nousta myös joissakin tapauksissa suureksi. (Hirsjärvi ym. 2001, 182; Aaltola & Valli 2001, 101–102.)

Kyselylomakkeessa (Liite 1) on 27 kysymystä, joista neljä kysymystä on avointa, ja muut joko monivalintakysymyksiä tai sellaisia, joissa on myös avoin vaihtoehto. Avointen kysymysten valintaa voidaan perustella sillä, että ne antavat vastaajan ilmaista vapaasti omia ajatuksiaan. Toisaalta avoimilla kysymyksillä hankittu aineisto voi olla sisällöltään kirjavaa, sen luotettavuus voi olla kyseenalaista ja sitä on vaikea käsitellä eli koodata. Monivalintakysymykset taas kahlitsevat vastaajan tiettyihin vaihtoehtoihin. Avoimen vaihtoehdon avulla ajatellaan,

että saadaan esiin näkökumia, joita tutkija ei ole etukäteen osannut ajatella. (Hirsjärvi ym. 2001, 186–188.) Kyselylomakkeessa kysytään taustatiedoista ikää, sukupuolta, siviilisäätyä, ammatillista koulutusta sekä asumismuotoa, näistä kysymyksistä 4 on monivalintakysymystä, joista kahdessa on myös avoin vastausvaihtoehto (Liite 1: kysymykset 1–5). Ensimmäiseen tutkimusongelmaan, miten nuoret määrittelevät oman terveytensä, vastaavat kysymykset 20–22. (Liite 1: kysymykset 20–22) Nuorten terveyskäyttäytymiseen saadaan vastauksia ravitsemukseen, liikuntaan, nukkumiseen, päihteisiin ja yleiseen terveyteen liittyvistä kysymyksistä (Liite 1, kysymykset 6–19, 23–24). Nuorten kehittämisideoita terveysneuvonnan saatavuudesta haetaan kysymyksillä 26–27.

Kyselylomakkeesta rakensin mahdollisimman yksinkertaisen ja lyhyen, jotta vastaajan motivaatio vastata säilyisi. Kyselyä laatiessani olen ottanut huomioon kysymysten pituuden, lukumäärän sekä kysymysten asettelun loogisuuden.

4.3 Analysointimenetelmät

Empiirinen tutkimus pitkälti perustuu käsittelemään erilaisia muuttujia. Muuttujilla tarkoitetaan mitattavaa ominaisuutta, jonka arvo vaihtelee eri tutkittavilla. Yleensä muuttujat jaetaan riippuviin ja riippumattomiin muuttujiin. Riippumattomilla muuttujilla tarkoitetaan asioita, joiden arvoihin tutkijan on mahdollista vaikuttaa. Riippuvat muuttujat taas ovat sellaisia, joiden suuruuteen tutkija ei voi vaikuttaa. Useimmiten tutkimuksen tekeminen perustuukin riippuvien ja riippumattomien muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Tietenkin usein oletetaan, että riippumaton muuttuja vaikuttaa jotenkin riippuvaan muuttujaan. (Nummenmaa 2006, 26.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla pyritään selvittämään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Eri asioiden riippuvuuksia tai tutkittavissa ilmiöissä tapahtuneita muutoksia voidaan kartoittaa tilastollisen tutkimusmenetelmän keinoin. (Heikkilä 2004, 16–17) Saatu havaintoaineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja tilastollisen analysoinnin perusteella tuloksia voidaan esimerkiksi kuvailla prosenttitaulukoiden avulla (Hirsjärvi ym. 2001, 129).

Tilastollisen analyysin perustana on mittaustuloksia sisältävä aineisto. Mittaukset tehdään eri tarkkuuksilla sen mukaan, mitä mitataan. Tutkimuksessani aineistoa käsittelen Excel-taulukkolaskentaohjelmalla. Tutkimuksen pieni otos ei välttämättä vaadi tilasto-ohjelmien käyttöä. Tutkimuksen tuloksia kuvailen taulukoiden ja havaintomatriisien avulla. Taustamuuttujien yhteyttä terveydenkokeamiseen sekä terveyskäyttäytymiseen tarkastelen ristiintaulukoinnin avulla. Mikäli avoimien kysymysten vastaukset luokitellaan ryhmiin, jolloin kuhunkin ryhmään kuuluu samansisältöiset vastaukset, myös niitä voidaan analysoida tilastollisin menetelmin (Valli 2001, 45). Avoimien kysymysten tulokset luokittelen laskemalla samanlaiset vastaukset yhteen ja raportoinnissa käytän suoria lainauksia. Työssäni painotan enemmän kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Aineiston analyysissä on ongelmana aineiston pienuus. Tästä johtuen tulokset esitetään absoluuttisina lukuina, koska prosenttilukujen käyttö näin pienessä aineistossa saattaisi antaa vääristyneen kuvan. Kysymysten suuri määrä ja useat eri aihealueet, ovat johtaneet siihen, että analyysissä ei saada syvällistä tietoa vaan tyydytään pintapuolisempaan aihealueiden käsittelemiseen.

5.1 Taustamuuttajat

Tutkimukseen osallistui 15 nuorta. Vastaajista 3 oli naista ja 12 miestä. Kyselylomakkeita täyttivät kaikki nuoret, jotka osallistuivat 9.–20.8.2010 Vamos-projektiin. Vastaajista enemmistö (n=9) oli 18–22 vuotta, 5 henkilöä 23–26 vuotta ja yksi oli alle 18 vuotta. Kyselyyn vastaajista 12 oli peruskoulun käyneitä, kahdella oli peruskoulu vielä kesken ja yksi oli käynyt lukion. Nuorista 6 asui vanhempien luona, 7 omassa tai vuokra-asunnossa, yksi oli vailla vakituista asuntoa sekä yksi asui alivuokralaisena. Taulukossa 1 näkyy asumismuotojen jakautuminen eri ikäryhmiin. Tulokset on ilmoitettu henkilömäärinä.

Taulukko 1. Vastaajien asumismuoto ikäryhmittäin

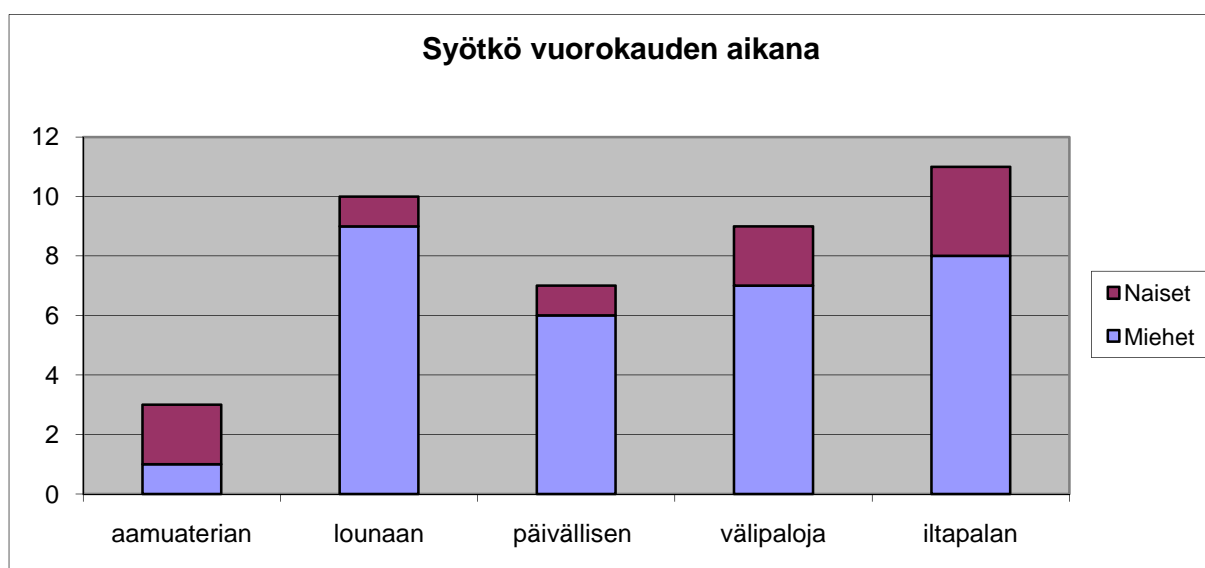
		Ikä				
		alle 18 v	18-22 v	23-26 v	yli 27 v	Yhteensä
Asuminen	Vanhempien luona	1	3	2	0	6
	Omassa/vuokra-asunnossa	0	4	3	0	7
	Solu/opiskelija asuntolassa	0	0	0	0	0
	Ei vakituista asuntoa	0	1	0	0	1
	Muu	0	1	0	0	1

5.2 Nuorten terveystietäytyminen

Vastauksien perusteella nuorten terveystietäytymisessä oli joitakin yhtenäisyyksiä mutta myös huomattavia eroavaisuuksia. Seuraavaksi vastaukset on eriteltynä eri ryhmiin; ravitsemus ja painonhallinta, päihteiden käyttö, liikunta sekä nukkumistottumukset. Tarkemman kuvan saamiseksi joitakin vastauksia on verrattu pääkaupunkiseudulla ammattioppilaitoksien 1. ja 2. vuoden opiskelijoille tehtyyn kouluterveyskyselyyn (THL 2010).

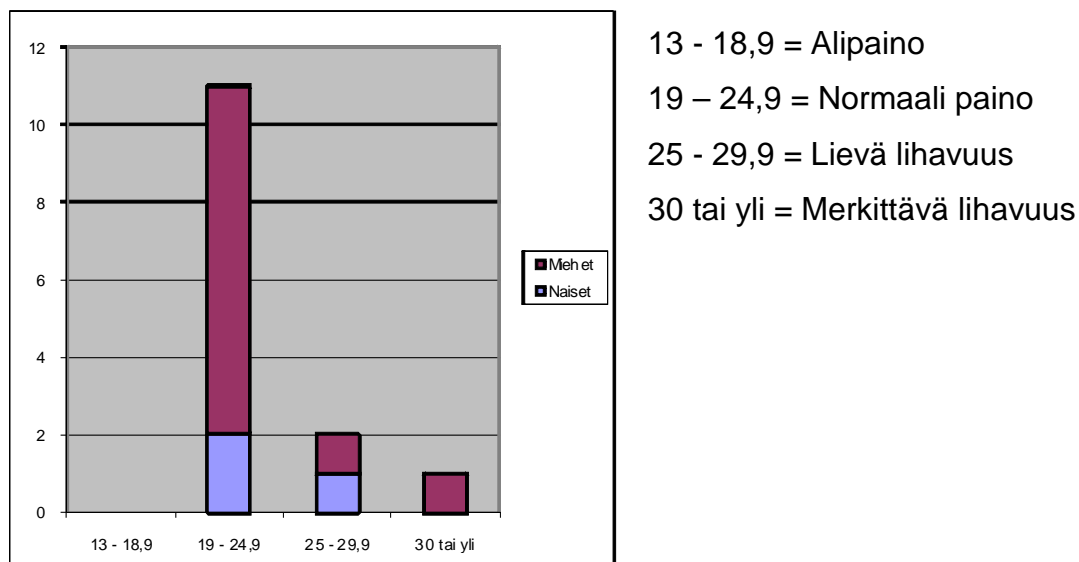
5.2.1 Ravitsemus ja painonhallinta

Ravitsemuksesta käsittävillä kysymyksillä halusin selvittää nuorten päivittäistä ravinnon saantia ja sen terveellisyyttä. Vastaukset ravitsemus osioon olivat hyvin erilaisia. Vastanneista 4 söi mielestään terveellisesti, 6 ei syönyt ja 5 ei osannut sanoa. Nuoret söivät keskimäärin vuorokaudessa 3 ateriaa, toisaalta osa vastaajista söi kaikki 5 ateriaa ja osa ainoastaan yhden aterian päivässä. Lounas ja iltapala olivat yleisimmät ateriat. Naisten ja miesten ruokailutottumuksissa oli jonkin verran eroavaisuuksia, esimerkiksi naisista kaksi kolmesta söi aamupalan kun taas kahdestatoista miehestä ei yksikään. (Kaavio 3.) Kouluterveyskyselyn (2010) mukaan 61 % ei syö aamupalaa joka arki aamu (THL 2010).



Kaavio 3. Päivittäiset ruokailutottumukset (naiset n=3, miehet n=12)

Kyselylomakkeessa kysyttiin nuorten pituutta ja painoa, nuorista kaikki yhtä luokkaan ottamatta vastasivat kysymykseen. Laskin vastaajille painoindeksin painoindeksitaulukon (Kansanterveys info 2010) mukaan. Kaaviosta 4 näkee, että suurin osa vastaajista oli normaalipainoisia.



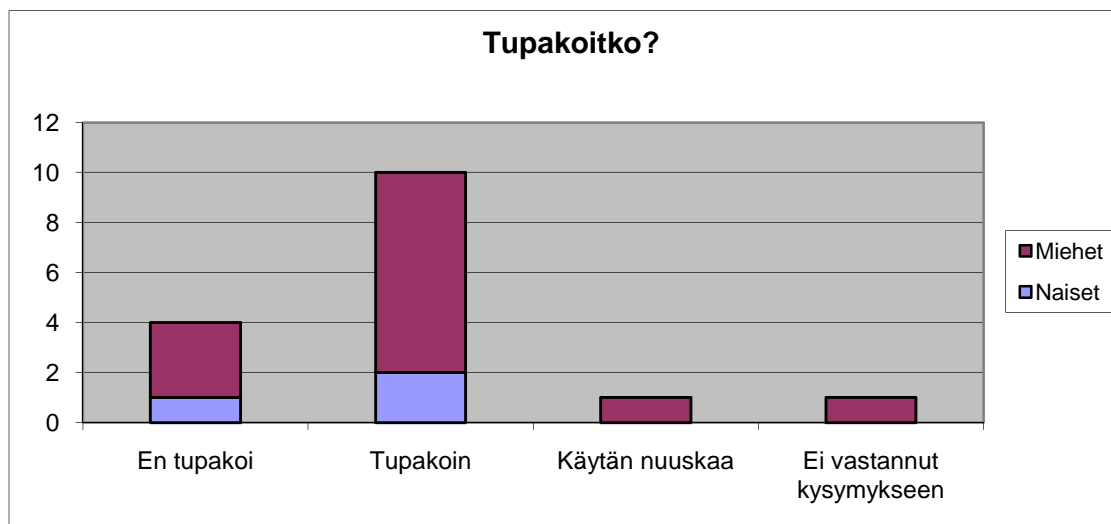
Kaavio 4. Painoindeksit

Painonhallinta osiossa kysyttiin myös nuorilta, että oletko mielestäsi normaalipainoinen, ylipainoinen vai alipainoinen. Vastaajista 9 koki olevansa normaalipainoinen, 3 oli mielestään ylipainoinen ja 3 alipainoinen. Kaaviosta 4 käy myös ilmi, että vastaajista 3 oli joko lievästi tai merkittävästi lihava. Kukaan vastaajista ei kuitenkaan painoindeksitaulukon mukaan ollut alipainoinen. Painoindeksitaulukko on viitteellinen eikä se esimerkiksi ota huomioon lihasmassaa.

5.2.2 Päihteiden käyttö

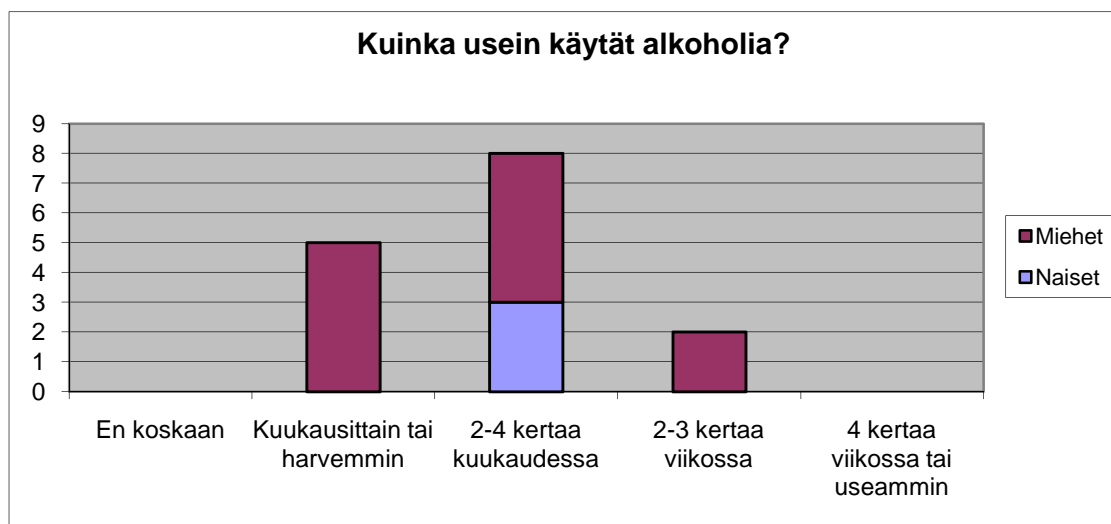
Päihteiden käyttöön liittyvissä kysymyksissä halusin selvittää päihteiden käyttöä tupakoinnin, alkoholin, huumeiden ja muiden päihdyttävien aineiden kannalta. Vastaajista 4 ei tupakoinut, 10 tupakoi sekä 1 käytti myös nuuskaa ja 1 ei vastannut kysymykseen. Tupakoitsijoista 3 poltti 20 savuketta vuorokaudessa, 2 vastaajaa poltti 15 savuketta, yksi vastaaja poltti 13 savuketta, 2 vastaajaa poltti 10 savuketta, 1 vastaaja poltti 6 ja yksi vastaaja 1–3 savuketta vuorokaudessa.

Kaaviosta 5 käy ilmi, että suurin osa vastaajista tupakoi päivittäin. (Kaavio 5.) Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan 40 % tupakoi päivittäin (THL 2010).



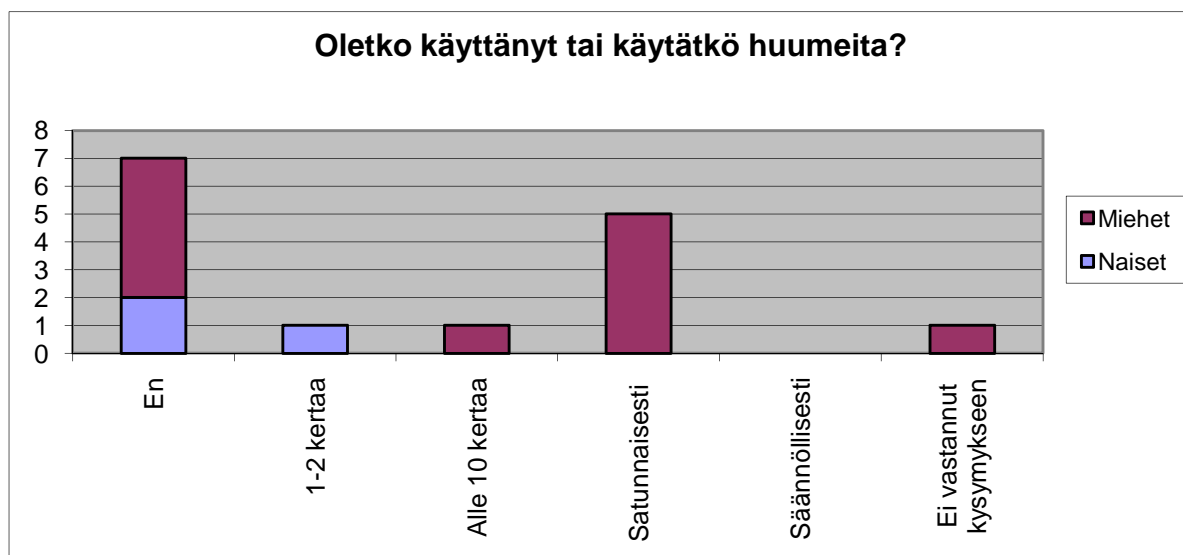
Kaavio 5. Nuorten tupakointi (naiset n=3, miehet n=12)

Alkoholin käyttöön liittyvässä kysymyksessä kysyttiin, kuinka usein käyttää alkoholia. Vastaajista kaikki käyttivät jonkin verran alkoholia. Vastaajista 5 vastasi käyttävänsä alkoholia kuukausittain tai harvemmin, 8 vastasi käyttävänsä 2–4 kertaa kuukaudessa ja 2 käytti 2–3 kertaa viikossa. Suurin osa vastaajista näin ollen käytti alkoholia kahdesta neljään kertaan kuukaudessa. (Kaavio 6.) Kouluterveyskyselyssä vastaajista 39 % on ollut tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa.



Kaavio 6. Nuorten alkoholin käyttö (naiset n=3, miehet n=12)

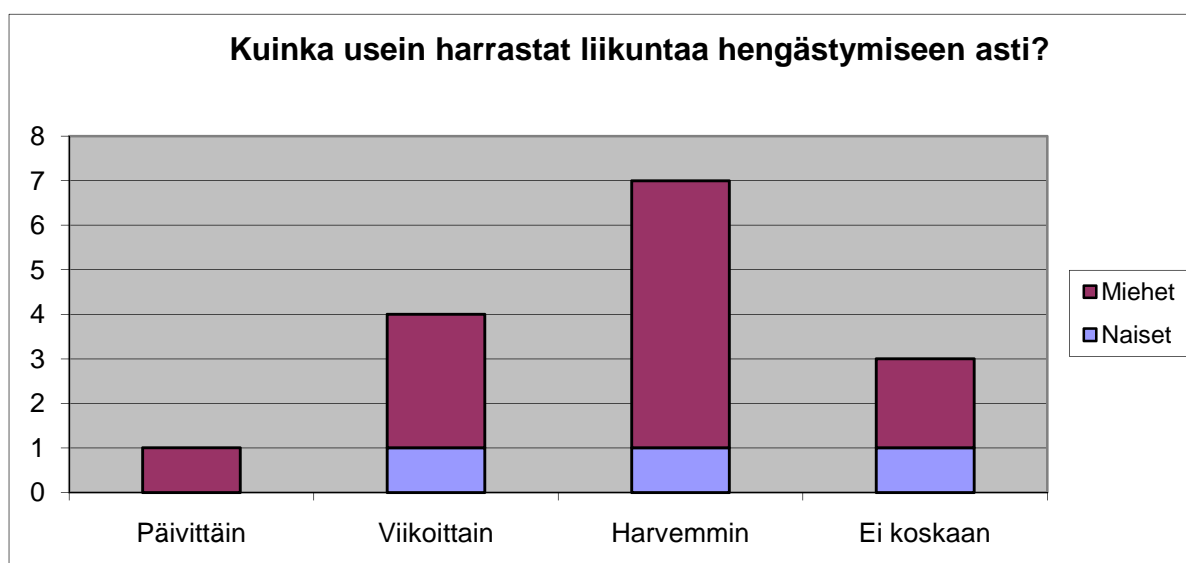
Nuorista miehistä 4 vastasi käyttävänsä alkoholin kanssa pillereitä tai muuta päihdyttävää. Kysyttäessä huumeiden käytöstä, vastaajista 7 ei käyttänyt, 1 oli käyttänyt 1–2 kertaa, 1 alle 10 kertaa, 5 käytti satunnaisesti ja yksi ei vastannut kysymykseen. (Kaavio 7.) Satunnaisista käyttäjistä 2 oli huolissaan huumeiden käytöstä. Samassa kysymyksessä kysyttiin myös huumeiden käytön haitoista, johon toinen ei vastannut mitään ja toinen vastasi ahdistusta ja masennusta. Kumpikin halusi myös apua huumeiden käytön lopettamiseen, toinen ei osannut sanoa mitä apua ja toinen ei tarkentanut vastaustaan. Laittomia huumeita kou-luterveyskyselyn mukaan 34% on kokeillut ainakin kerran (THL 2010).



Kaavio 7. Nuorten huumeiden käyttö (naiset n=3, miehet n=12)

5.2.3 Liikunnan harrastaminen

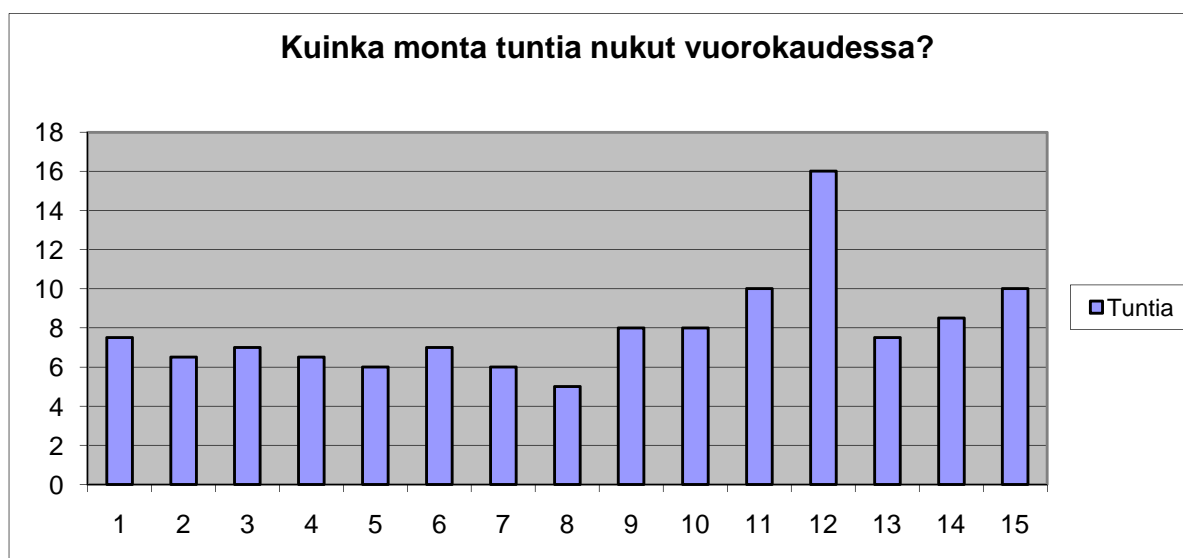
Liikunta osiossa oli yksi kysymys, jossa kysyttiin, kuinka usein harrastaa liikuntaa hengästymiseen asti. Vastaajista 1 harrasti liikuntaa päivittäin, 4 viikoittain, 6 harvemmin ja kolme ei koskaan. (Kaavio 8.) Kouluterveyskyselyn mukaan 49 % harrastaa hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla korkeintaan tunnin viikossa (THL 2010).



Kaavio 8. Nuorten liikkuminen (naiset n=3, miehet n=12)

5.2.4 Nukkumistottumukset

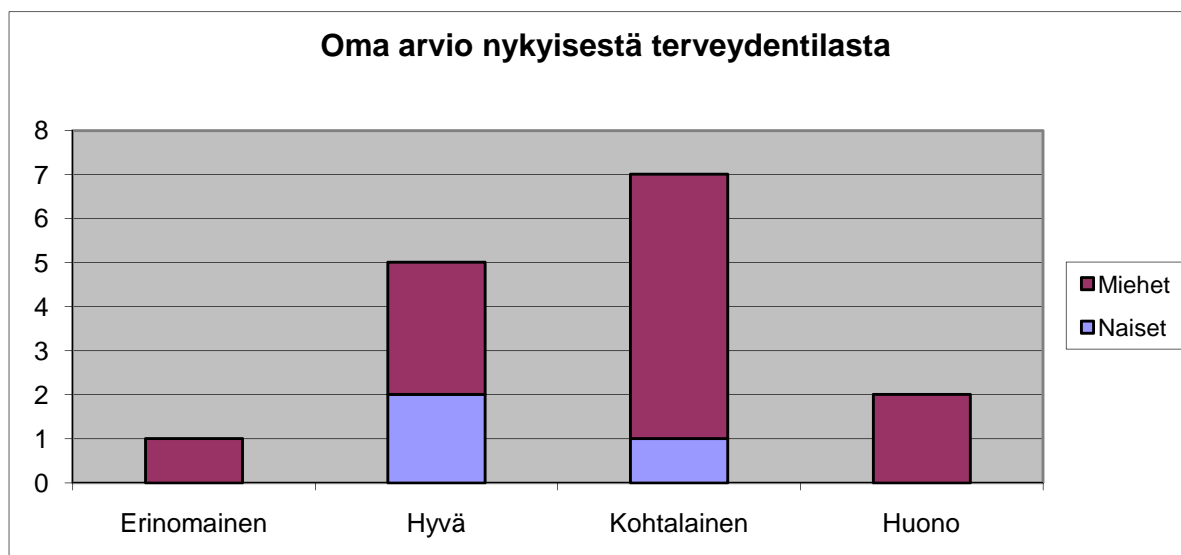
Nuorten nukkumistottumuksissa hajonta oli suurta, suurin osa nukkui vaihtelevasti 5–8 tuntia vuorokaudessa. Kaksi nukkui enemmän ja yksi 4–6 tuntia. Vastaajista 8 ei nukkunut mielestään riittävästi, 5 nukkui riittävästi ja 2 ei osannut sanoa.



Kaavio 9. Keskimääräinen unen määrä vuorokaudessa

5.3 Nuorten terveydentila ja määritelmä omasta terveydestään

Vastauksien perusteella nuorten määritelmä omasta terveydentilastaan oli suurimmalla osalla kohtalainen. Vastaajista 1 arvio oman terveytensä erinomaiseksi, 5 arvio hyväksi, 7 kohtalaiseksi ja 2 huonoksi. (Kaavio 10.)



Kaavio 10. Nuorten oma arvio nykyisestä terveydentilasta (naiset n=3, miehet=12)

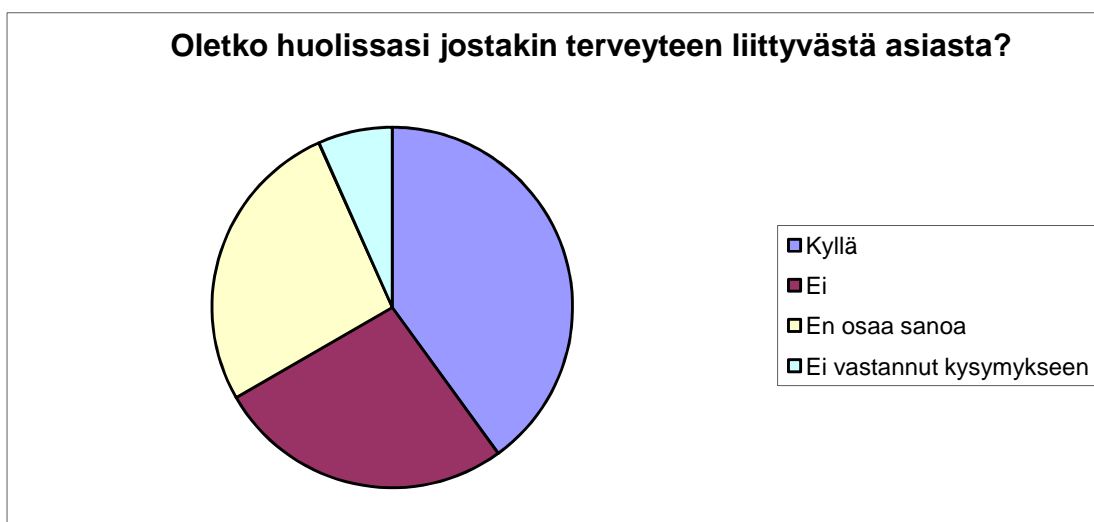
Nuorilta kysyttiin myös, onko heillä jotain pitkäaikaisista sairautta tai toimintakykyä häiritsevää vaivaa. Vastaajista 6 vastasi, ettei ole, 9 vastasi kyllä. Masennusta oli neljällä vastaajista, ADHD:ta oli kahdella, kahdella oli paniikkihäiriö ja osalla oli unettomuus, ylivilkkaus tai kilpirauhasen vajaatoiminta. Vastaajista kuudella oli jokin säännöllinen lääkitys.

Pääkaupunkiseudun kouluterveyskyselyn (2010) mukaan tytöt kokivat terveydentilansa keskimääräiseksi tai huonoksi yleisemmin kuin pojat ja heillä oli masentuneisuutta yleisemmin kuin pojilla. Yhteensä vastaajista 13 % ilmoitti sairastavansa keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta. (THL 2010.)

Nuorten omia käsityksiä terveydestään haettiin myös kysymyksillä, joissa kysyttiin kiinnostusta ja huolta omasta terveydestään ja siihen liittyvistä asioista. Vastaajista 11 oli kiinnostunut omasta terveydestään ja sen hoitamisesta. Yksi ei ollut kiinnostunut ja 3 ei osannut sanoa. Vastanneista 6 ilmoitti olevansa huolestunut terveyteensä liittyvistä asioista. Huolta aiheutti päihteiden käyttö, unettomuus, masennus tai liian vähäinen liikunta. (Kaavio 1.) Neljä vastanneista ei kertonut olevansa huolissaan terveyteen liittyvistä asioista ja 4 ei osannut sanoa. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. (Kaavio 2.)



Kaavio 1. Oletko kiinnostunut omasta terveydestäsi ja sen hoitamisesta



Kaavio 2. Oletko huolissasi jostakin terveyteen liittyvästä asiasta? (n=15)

Nuorten kiinnostusta omaan terveyteensä kysyttiin myös avoimella kysymyksellä, jossa kysyttiin, milloin viimeksi olet käynyt terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla. Vastaajista 2 ei vastannut kysymykseen. Kysymykseen vastanneiden vastaukset olivat seuraavia:

*Viime talvena, helmi/maaliskuussa
n. 1 kk sitten*

Joskus kesällä

2 vuotta sitten

En osaa sanoa

En muista x 3

Huhtikuu 2010

Kaksi kuukautta sitten

Toukokuussa 2010

n. 3 vko

2 viikkoa sitten

Vastaukset näkyvät selvemmin eriteltynä myös seuraavassa taulukossa (Taulukko 2). Vastaukset on jaoteltu tulosten perusteella kuuteen eri ryhmään. Taulukosta voi päätellä, että suurin osa vastaajista oli käynyt terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla alle puoli vuotta sitten. Tulokset on ilmoitettu lukumäärinä.

Taulukko 2. Milloin olet käynyt viimeksi terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla?

alle 2 viikkoa	1
alle 1 kuukautta	2
alle 2 kuukautta	1
alle puoli vuotta	4
yli vuosi	1
ei muista / ei osaa sanoa	4

5.4 Nuorten mielipiteitä heille kohdistuvasta terveysneuvonnasta

Kyselyn loppuosassa oli avoin kysymys, jossa kysyttiin mistä terveyteen liittyvästä asiasta haluaisit saada terveysneuvontaa. Vastaajista 8 jätti vastaamatta

kysymykseen, miehistä vastasi kuusi ja naisista yksi. Kysymykseen vastanneiden vastaukset olivat seuraavia:

Ahdistukseen, miten saisi nukuttua

Mielenterveysongelmiin

Masennus

Terveellinen ruokavalio

Masennukseen

En mistään

Terveellisestä ruokavaliosta

Vastauksien perusteella lisää terveysneuvontaa haluttiin saada siis ahdistukseen, unettomuuteen, mielenterveysongelmiin, terveelliseen ruokavalioon sekä masennukseen.

Viimeinen kysymys oli myös avoin kysymys, jossa kysyttiin, että mikä olisi mielestäsi paras tapa saada terveysneuvontaa. Vastaajista 9 jätti vastaamatta kysymykseen, vastanneista kaikki olivat miehiä. Vastaukset olivat seuraavia:

En osaa sanoa x 2

Henkilökohtainen neuvonta x 2

En tiedä

Puhuminen lääkärin kanssa

Vastauksista voi siis karkeasti yleistää, että nuorten mielestä henkilökohtainen neuvonta olisi paras tapa saada terveysneuvontaa.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Johtopäätöksiä tuloksista

Syrjäytyminen voi tarkoittaa sitä, että ihminen kokee itsensä ulkopuoliseksi yhteiskunnasta. Usein syrjäytyneet ovat yksin eläviä ja pitkäaikaistyöttömiä, kuten Sosiaali- ja terveysministeriön Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastaisessa kansallisessa toimintasuunnitelmassa todetaan. Yksin eläminen ja se, että ei ole työpaikan tarjoamaa sosiaalista verkostoa tukena, johtavat yksinäisyyteen. On havaittu, että yksinäisyys tai perheen eristyneisyys vaikuttavat lasten sosiaalisten kykyjen kehittymiseen, koulunkäyntihalukkuuteen, yhteiskunnasta eristäytymiseen. Syrjäytymistä aiheuttavat toistuvat syrjinnän ja voimattomuuden kokemukset. Sosiaalisia ongelmia voidaan muistion mukaan ehkäistä myös sosiaalista toimintakykyä parantamalla sekä luomalla mahdollisuuksia osallistua aktiivisesti yhteiskunnalliseen elämään sekä toimintaan omassa lähiympäristössään. (Välimäki & Ellisaari 2001, 23)

Nykyinen järjestelmä, jossa ihmiset eivät koe voivansa vaikuttaa omaan elinympäristöönsä sekä itseään koskevaan päätöksentekoon, johtaa siihen, että syrjäytymisriskissä olevat ihmiset ylläpitävät syrjäytymisen kierrettä. Sen, että resurssien puutteessa syrjäytymisuhan alla olevien ihmisten toimintakykyä ja osallistumisen mahdollisuuksia ei aktiivisesti paranneta, voidaan pitää syrjäytymistä ylläpitävänä yhteiskunnan rakenteellisena ongelmana. Tunne, että ihmisellä on oman elämänsä langat ja hallinta käsissään, vaikuttaa köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisen toimintaohjelman mukaan merkittävästi mahdollisuuksien vähentää syrjäytymistä. (Nuortela 2008, 55.)

Kahden aikuisen perheet ovat yleisesti suojanneet syrjäytymiseltä. Lisäksi suuremmassa syrjäytymisvaarassa ovat peruskoulun alimmin arvosanoin suorittaneet, sen keskeyttäneet sekä ammatillisen koulutuksen keskeyttäneet. Asunnottomuuteen päätyvät ihmiset ovat usein eläneet yksin joko koko elämänsä tai päätyneet asunnottomiksi usein avioeron ja työttömyyden sekä siitä seuranneen alkoholismin seurauksena. Kasvuun kääntynyt asunnottomien määrä johtuu

osittain myös halpojen ja pienten asuntojen huonosta saatavuudesta. Kasvukeskuksissa ja erityisesti pääkaupunkiseudulla asunnon tuotanto ei ole pysynyt samassa tahdissa alueelle muuttavien määrän kanssa. Muuttovoittoalueilla asuntopula lisää asunnottomuuden ja ylivelkaantumisen riskiä. (Nuortela 2008, 56.)

Tähän tutkimukseen osallistuneista nuorista vain yksi oli asunnoton ja yksi vastasi olevansa alivuokralainen, muut asuivat joko vanhempien luona tai omassa tai vuokra-asunnossa. Vastaajista 6 miestä asui vanhempien luona, heistä yksi oli alle 18 vuotta, neljä oli 18–22 vuotta (näistä yksi vastasi maksavansa vanhemmille vuokraa), loput kaksi olivat iältään 23–26 vuotta. Vastaajista 10 vastasi kysymykseen siviilisäädystään naimaton, yksi vastasi seurustelewansa ja loput eivät vastanneet mitään. Kyselyyn osallistui vain 15 henkilöä, joten saadut tulokset saattavat antaa vääristyneen kuvan.

Vastaajien terveystottumukset olivat osin yhtäläisiä sekä osin erilaisia. Yhteistä oli se, että suurin osa nuorista poltti tupakkaa. Vastaajista, jotka käyttivät huumeita satunnaisesti, polttivat myös tupakkaa 10–20 savuketta vuorokaudessa. Toisaalta taas kaikki tupakoitsijat, jotka päivittäin polttivat useita savukkeita, eivät olleet kokeilleet huumeita lainkaan. Kuitenkin henkilö, joka tupakoi, oli useammin kokeillut huumeita kuin henkilö, joka ei tupakoinut. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella tupakoinnilla ja huumeiden käytöllä on siis yhteyttä. Vastaajista, jotka polttivat 20 savuketta päivässä, käyttivät myös alkoholia 2-3 kertaa viikossa. On myös tutkittu, että tupakointi voi ilmaista siitä, että nuorella on keskimääräistä suurempi vaara edetä päihteiden- tai huumeidenkäyttäjäksi (Havio ym. 2008, 167).

Vastaajien ruokailutavat olivat hyvin erilaisia. Joitakin yhtenäisyyksiä oli, kuten se, että omasta mielestään alipainoiset vastaajat, vastasivat myös kielteisesti kun kysyttiin, että syötkö mielestäsi terveellisesti ja riittävästi. Yksi vastaajista söi vuorokauden aikana lounaan ja iltapalan, toinen lounaan, päivällisen, välipaloja ja iltapalan. Kolmas vastaajista söi ainoastaan välipaloja, vastaaja oli myös ainoa, joka oli vailla vakituista asuntoa. Kotona asuvat nuoret taas söivät kes-

kimääräistä useamman aterian päivässä eli 3-4 ateriaa kun omassa tai vuokra-asunnossa asuvat söivät 3 tai vähemmän ateriaa päivän aikana.

Suuri osa vastaajista ilmoitti sairastavansa masennusta. Mielenterveysongelmien kanssa voi esiintyä runsaasti päihteiden käyttöä ja päihdeongelmaa. Näin ollen onkin tärkeää puuttua ajoissa nuorten masennukseen, sillä jo yksin se voi olla syy syrjäytymiseen. Noin kahdella kolmasosaa vastaajista oli jokin pitkäaikainen sairaus tai toimintakykyä häiritsevä vaiva. Pitkäaikainen sairauskin voi olla syynä syrjäytymiselle.

Vastaajista lähes kaikilla oli koulutuspohjana peruskoulu tai peruskoulu kesken vain yksi oli käynyt lukion, joten jo ennen toisen asteen koulutusta syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ovat erkaantuneet muista nuorista. Kouluttautuminen tai työelämä on suuressa roolissa nykyihmisen arkea. Kehittyvä yhteiskunta ja sen asettamat paineet voivat aiheuttaa syrjäytymistä. Oppimisen sekä keskittymisen vaikeuksien voi olettaa olevan myös syrjäytymisen taustalla ja siten voisi olettaa, että jo lapsuuden aikaisella puuttumisella ja tuella olisi suuri merkitys tulevaisuuden syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Kokonaan syrjäytymistä tuskin voidaan koskaan poistaa, mutta sitä voidaan paljon ehkäistä useiden eri toimialojen yhteisvoimin.

6.2 Omat kehittämis ehdotukset

Toivon, että tämä tutkimus innostaisi tutkijoita laajempiinkin syrjäytymisvaarassa olevien nuorten tutkimukseen. Tutkimukseni avulla voidaan mahdollisesti kehittää ja edistää syrjäytymisvaarassa olevien nuorten terveystalvveluita. Palveluiden kehittämisen ja tiedon lisääntymisen myötä syrjäytymisvaarassa olevat nuoret voivat saada tarpeidensa mukaisia terveystalvveluita. Omalta osaltani vastaan tähän haasteeseen terveydenhoitaja- tutkimnon toisessa opinnäytetyössä, joka tehdään kehittämistehtävän myötä. Teen yhdessä opiskelutoverini kanssa terveyttä edistävää materiaalia syrjäytymisvaarassa oleville nuorille.

Terveystenhuoltohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota tutkimuksessa syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kohdalla ilmeneviin ongelmiin ja ottaa niitä puheeksi nuorten kanssa. Syrjäytymisvaarassa oleville nuorille voitaisiin järjestää erilaisia teematilaisuuksia, jossa annettaisiin terveysneuvontaa muun muassa ravitsemuksesta, liikunnasta, päihteistä ja mielenterveysongelmista. Toisaalta nuoria voi olla vaikea tavoittaa, joten suuri kehittämisen alue voisi olla sosiaalinen media, josta kohderyhmäksi sopia nuoria olisi mahdollista löytää. On myös tärkeää, että syrjäytymisvaarassa olevat nuoret aktivoituisivat omiin asioihinsa vaikuttamisessa sekä kouluttautumisessa. Heitä tulisi myös rohkaista siihen.

Nuorten mielipiteistä nousseet kehittämisideat koskivat lähinnä tarvetta saada henkilökohtaista terveysneuvontaa. Voi olla, että ryhmämuotoisiin tilaisuuksiin on suurempi kynnys osallistua.

Jotta nuoret hyötyisivät terveystenpalveluista, terveydenhuollossa työskenteleviltä oletetaan heidän terveystarpeidensa tuntemista. Terveystenhuoltohenkilökunnan tulee tarvittaessa myös muuttaa toimintatapojaan ja mahdollistaa se, että syrjäytyneet ja syrjäytymisvaarassa olevat nuoret voisivat tulla hoitoon hyvällä mielin ja pienin kynnyksin.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisiä ongelmakohtia ovat tutkimusaineiston keruuseen ja tutkimuslupaan liittyvät kysymykset (Eskola & Suoranta 1998, 52-53). Tutkimuksen eettisyyttä tarkastellaan jo aineistoa valittaessa, ja eettinen pohdinta tulee olla mukana koko tutkimusprosessin ajan. Asiakkaiden tutkimukseen osallistumisesta on huomioitavaa heidän itsemääräämisoikeutensa. Tutkimuskohdetta valittaessa on mietittävä miksi tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Hirsjärvi ym. 2000, 25-26). Tämän tutkimuksen aiheen valitsin sekä oman mielenkiinnon pohjalta että työelämäkumppanin edustajan kanssa. Aikaisempaa tutkimusta Vamos-projektin parissa ei ollut tehty, joten uskon Vamos-projektin työntekijöiden saavan opinnäytetyöni avulla tietoa projektiin osallistuvista nuorista.

Tutkimukseen osallistuminen pitää olla vapaaehtoista. Eettisenä periaatteena tutkimuksessani on, että asiakas antaa vapaaehtoisesti tietojaan sekä hänen henkilöllisyys suojataan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 117; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39; Kuula 2006, 86) Tutkimusta tehdessä on myös huomioitavaa asiakkaiden anonymiteetti. Tutkimuksen tietoja ei saa luovuttaa kenellekään tutkimuksen ulkopuoliselle jäsenelle sekä aineisto tulee säilyttää lukitussa paikassa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179, Hirsjärvi ym. 2000, 26-28). Tutkimuksessani asiakas osallistui tutkimukseen anonymisti, eikä tutkijan tietoon tullut missään vaiheessa tutkittavan henkilöllisyys. Kyselylomakkeen yhteydessä tutkittava sai tiedotteen, jossa lyhyesti kuvattiin, minkälainen tutkimus oli kyseessä.

Kaikissa tutkimuksen vaiheissa tulee välttää epärehellisyyttä. Keskeisiä periaatteita ovat, että toisen tekstiä ei plagioida, tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi, ei kaunistella eikä sepitetä. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa eikä puutteellista. Käytetyt menetelmät selostetaan huolellisesti. (Hirsjärvi ym. 2001, 27)

Kyselylomakkeita jaettiin kahden viikon ajan Vamos-projektin toimitiloissa. Nuorten yksilöllisen ja vaihtelevan elämäntilanteen vuoksi ajattelimme yhdessä Vamos-projektin yhteistyökumppanin kanssa, että paras vastausprosentti saadaan niin, että nuori voi täyttää kyselyn heti paikalla, eikä ”oman aikataulunsa” mukaan. Nuorilla voi olla myös erilaisia luki- tai kirjoitusvaikeuksia, jolloin kysymysten ymmärtäminen tai kirjoittaminen voi olla vaikeaa. Voi olla, että nuori kysyi apua Vamos-projektin työntekijältä, joka omalla osallistumisellaan voi vaikuttaa kysymysten vastauksiin. Vastajaan motivaatio, ympäristö tai ajanpuute voi myös osaltaan vaikuttaa luotettavien tulosten saamiseen. Täytetyt lomakkeet säilytettiin Vamos-projektin toimitiloissa asianmukaisesti ja tutkija kävi itse hakemassa ne paikan päältä. Tutkimusaineistoa ei näytetty ulkopuolisille ja tutkimuksen valmistuttua tutkimusaineisto tuhottiin silppurissa.

Tutkimuksen tekemisessä tärkeää on myös se, että tutkittavia informoidaan kyseisestä tutkimuksesta (Kuula 2006, 99). Kyselylomakkeen yhteydessä tutkitta-

vat ja Vamos-projektin henkilökunta saivat informointilomakkeen, jossa lyhyesti kerrottiin, minkälainen tutkimus oli kyseessä.

Diakonissalaitoksen tutkimuslupan saaminen edellytti eettisen toimikunnan lausuntoa, jossa arvioitiin tutkimussuunnitelman perusteella, onko tutkimuksen tekeminen suunnittelulla tavalla eettisesti hyväksyttävää. Sain eettisen toimikunnan lausunnon keväällä 2010. Lausunnon saannin jälkeen hain vielä Helsingin kaupungilta tutkimuslupaa opinnäytetyöhöni. Alustavan tutkimuslupan sain kesällä 2010 suullisena sekä kirjallisena sähköpostiin, sillä tutkimukseni aikataulun puitteissa ei ollut mahdollista odottaa seuraavaan lautakunnan kokoukseen. Tutkimussuunnitelmani käsiteltiin kuitenkin vielä syksyllä 2010 Helsingin kaupungin toimesta, josta sain myös puoltavan vahvistuksen.

Opinnäytetyön tulokset on tarkoitettu edelleen hyödynnettäviksi, ja siksi julkistaminen on olennainen osa tutkivan ammattikäytännön prosessia ja myös arviointia. Opinnäytetyön julkistamiseen kuuluu kirjallisen raportin laatiminen, työn julkistaminen loppuseminaarissa ja mahdollisesti työyhteisössä. Julkistamiseen liittyy myös kypsyysnäyte (Kuokkanen, Kiviranta, Määttä & Ockenström 2007, 49.) Lopullisesta opinnäytetyöstäni annan kopion työyhteisöille sekä Terve Helsinki-hankkeelle että Vamos-projektille ja Eettiselle lautakunnalle.

6.4 Luotettavuuden arviointia

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tarkastellaan validiteettia ja reliabiliteettia. Validius tarkoittaa tiivistetysti systemaattisen virheen puuttumista. Tutkimuksen tulee mitata sitä, mitä on tarkoituskin tutkia. Oikeiden asioiden tutkiminen edellyttää täsmällisten tavoitteiden asettaminen tutkimukselle. Tutkimuslomakkeen kysymysten pitää vastata tutkittaviin asioihin, kattaen koko tutkimusongelman. Perusjoukon tarkka rajaaminen, edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti edesauttavat validin tutkimuksen toteutumista. (Heikkinen 2008, 29–30, 186)

Tulosten luotettavuutta arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota mittarin, aineiston keruun ja tulosten luotettavuuteen. Kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita on mittarin luotettavuus. Tutkimustulosten luotettavuus on verrannollinen käytettyyn mittariin. Tärkeää on saada tieto juuri tutkittavasta asiasta eli tutkimusongelmasta. Mittarin tulee olla tarkka sekä herkkä ja erotella käsitteistä eri tasojia. (Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1998, 206-207.) Kyselylomakkeella suoritetussa tutkimuksessa tutkija ei vaikuta olemuksellaan eikä läsnäolollaan vastauksiin. Kyselylomakkeella tehdyn tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että kyselyn kysymykset esitetään koehenkilöille täysin samassa muodossa ja he voivat valita itselleen sopivan vastaamisajankohdan. (Valli 2001, 101.) Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ajatellut. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216–218.)

Mielestäni sain vastaukset tutkimusongelmiini. Toisen tutkimusongelman, joka koski syrjäytymisvaarassa olevan nuoren määritelmää omasta terveydestään, olisi vastauksien perusteella voinut määritellä vielä paremmin vastaamaan tutkittavaa ilmiötä, joka ennemminkin koski koettua terveyttä eikä niinkään määritelmää. Terveyskäyttäytymiseen ja terveydentilaan koskeviin vastauksiin olin tyytyväinen mutta viimeiseen tutkimusongelmaan, joka koski nuorten kehittämisideoita heille kohdistuvasta terveysneuvonnasta, oli vastannut vain viisi koehenkilöä eli alle puolet, joten tutkimusongelmaan liittyvän vastauksen kannalta se ei ollut mielestäni riittävä määrä.

Mittarin objektiivisuuteen pyritään niin, että tutkijan omat asenteet eivät ohjaa vastaajaa vastaamaan tutkijan toivomalla tavalla. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa käytettiin strukturoituja kysymyksiä sekä annettiin vastaajalle mahdollisuus vastata osittain myös avoimesti. Kyselylomake oli jäsennelty aihealuittain, joka oli hyvänä apuna tulosten lukemisessa. Palautuneen aineiston määrä oli melko pieni, mikä taas vaikuttaa tutkimuksen validiteettiin, sillä keskeisenä asiana validiteettiin kuuluu tutkimustulosten yleistettävyys eli edustaako otos perusjoukkoa ja onko se edustava. (Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1998, 211.) Tutkimukseen osallistuneiden pienen määrän vuoksi olen kuvannut tulok-

sia absoluuttisen numeroin sillä prosentti luvut voisivat antaa aiheesta vääristyneen kuvan.

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen tai mittauksen reliabilisuus tarkoittaa kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tuloksia voidaan pitää reliaabelina, jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen. (Hirsjärvi ym. 2001, 216-218.) Mittarin reliabiliteetin parantamisessa auttavat myös hyvät ohjeet. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 210.) Pätevyysalueen ulkopuolelle ei pidä yleistää tutkimustuloksia. Koko tutkimuksen ajan tutkijan tulee olla kriittinen ja tarkka. Virheitä voi sattua tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Tutkijalle on tärkeätä taito tutkia tuloksia oikein ja käyttää vain sellaisia analysointimenetelmiä, jotka hän hallitsee hyvin. (Heikkinen 2008, 30, 187.)

Tutkimukseeni osallistui 15 nuorta. Henkilökunnan lomien, kesäsulun ja asiakkaiden vaihtumisen vuoksi nuorten määrä Vamos-projektissa tämän tutkimuksen ajankohtana oli vähäisempi kuin yleensä. Tämä on melko pieni määrä määrällisen aineiston analysoinnin toteuttamiseksi ja luotettavien tulosten saavuttamiseksi sekä vastaustulosten yleistettävyyden kannalta, siksi tutkimuksessani olenkin käsitellyt tuloksia absoluuttisin numeroin. Koin kuitenkin, että tutkimustulokset ovat suuntaa-antavia ja suurimpien esille nousseiden kysymysten kannalta, kuten tupakointi, huumeiden käyttö ja mielenterveysongelmat sekä terveellinen ravitsemus, on syytä huoleen.

Tutkimuksessani käytetty mittari, eli kyselylomake oli mielestäni toimiva ja mittasi melko hyvin tutkittua aluetta. Esitetasin lomakkeen muutamalla lähipiiriini kuuluvalla henkilöllä. Luotettavampi testaus olisi kuitenkin saatu, jos kyselylomake olisi testattu jollakin siihen osallistuneella nuorella tai Vamos-projektin työntekijällä. Ajan puutteen vuoksi alustava suunnitelma tehdä niin ei onnistunut. Lomakkeen kysymykset olivat myös melko pinnallisia, suuntaa antavia mutta ei tarpeeksi luotettavan tutkimuksen kannalta. Esimerkiksi ravitsemus kysymyksillä olisi voinut kysyä tarkemmin päivittäisen ravinnon laadusta ja määrästä

tai liikuntaosiossa tarkemmin. Toisaalta kyselylomakkeesta oli tarkoituskin tehdä mahdollisimman pelkistetty ja lyhyt, jotta vastausmotivaatio säilyisi.

Määrällisen tutkimuksen kyselylomake on myös melko ehdoton. Se ei anna tutkittavalle mahdollisuutta selittää vastaustaan perusteellisemmin, toisin kuin laadullisessa haastattelututkimuksessa olisi mahdollista. Kvantitatiivista tutkimusta arvostellaankin usein pinnallisuudesta, koska tutkija ei siinä pääse riittävän syvälle tutkittavien maailmaan. Tällöin on vaara, että hän tekee vääriä tulkintoja tuloksistaan, varsinkin jos tutkimuskohde on tutkijalle outo. (Heikkilä 2004, 16.) Määrällisen tutkimuksen lähestymistapaa pyrin pehmentämään muutamilla tarkentavilla, avoimilla kysymyksillä. Toisaalta taas avoimiin kysymyksiin vastausprosentti oli huomattavasti huonompi kuin määrällisten kysymysten. Tutkimuskohteen outoutta taas pyrin vähentämään tutustuen etukäteen syrjäytymisvaarassa oleviin nuoriin kirjallisuuden avulla.

Kyselylomakkeen kysymysten väärinymmärtäminen on ollut myös mahdollista. Kohderyhmän luku- ja kirjoitustaidosta minulla ei ollut varmuutta. Edellisen lisäksi kyselylomakkeen pituus on myös voinut vaikuttaa siihen, että loppupuolen kysymyksiin ei ole jaksettu vastata huolellisesti.

6.5 Ammatillisen kasvun ja opinnäytetyöprosessin arviointia

Tutkimuksen tekemisen myötä olen saanut paljon käytännön kokemusta tutkimusprosessin suorittamisesta. Vaikeinta koko tutkimusprosessissa oli alkuvaiheessa aiheen rajaaminen ja tutkimusongelmien määrittelemine. Tämä työ oli ensimmäinen tutkimus mitä olen koskaan tehnyt, joten haasteita tutkimuksen tekemisessä oli paljon. Alussa haasteita aiheutti muun muassa alkuperäisen aiheen vaihtuminen ja kiireinen aikataulu. Opinnäytetyöprosessi lähti varsinaisesti käyntiin vasta keväällä 2010. Tutkimusprosessin loppuvaiheella tuli huomattua, että monia asioita tekisi nyt erillä tavalla.

Tutkimuksen tekeminen yksin oli toisaalta hyvä vaihtoehto, mutta huonojakin puolia tuli esille. Hyvänä asiana oli itsenäinen ja omaehtoinen työskentely. Toi-

saalta taas joitakin asioita väistämättä tarkastelee yksiselitteisesti ja melko kaipa-alaisesti, ryhmä- ja parityöskentelyn avulla monia asioita oppii ajattelemaan monialaisemmin ja laajemmin.

Prosessin aikana olen saanut kokemusta kehittävästä työotteesta, josta on varmasti apua tulevaisuuden työelämässä. Jatkuvasti kehittyvä yhteiskunta ja muuttuvat hoitokäytännöt tuovat omat haasteet tullessaan, joita minun tulevana työntekijä tulee pyrkiä kohtaamaan. Uskon, että tulevaisuudessa tulen käyttämään joitakin tutkimuksen tuomia asioita käytännössä hyödyksi. Syrjäytymisen ja terveyden edistämisen käsitteet ovat ainakin tulleet tutuiksi.

LÄHTEET

- Aalberg, Veikko & Siimes, Martti 2007. Lapsesta aikuiseksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.
- Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: PS Kustannus.
- Aaltonen, Marjo; Ojanen, Tuija; Vihunen, Riitta & Vilen, Marika 2003. Nuoren aika. Porvoo: WSOY.
- Arajärvi, Pentti 2003. Paremminvointiyhteiskunta. Vammala.
- Etelä-Suomen lääninhallitus 2009. Nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi tehty toimenpiteet. Viitattu 25.5.2010
<http://www.laanhallitus.fi/lh%5Cetela%5Carvio%5Chome.nsf/Pages/94B42B5E1A03834DC2256C77004B49DF>
- Fröjd, Sari; Kaltiala-Heino, Riittakerttu; Ranta, Klaus; von der Pahlen; Bettina & Marttunen, Mauri 2009. Nuorten ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö. Tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Jyväskylä: Gummerus.
- Havio, Marja-Liisa; Inkinen, Marja & Partanen, Airi 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Heikkilä Matti & Karjalainen Jouko (toim.). 2000. Köyhyys ja hyvinvointivaltion murros. Stakes. Helsinki: Gaudeamus.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Helne, Tuula; Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko 2004. Seis yhteiskunta – tahdon sisään! Jyväskylä: Minerva-kustannus.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2001. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ihananainen, Merja; Lehto, Marjaana; Lehtovaara, Armi & Toponen, Tiina 2008. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. Helsinki: WSOY.
- Juntto, Anneli 2002. Isäntien varjot – asunnon omistaminen yhteiskunnallisena jakona. Teoksessa Timo Piirainen, Juho Saari. (toim.) 2002. Yhteiskunnan jaot. Helsinki: Oy Yliopistokustannus, 307–308.
- Kangas, Ilkka; Keskimäki, Ilmo; Koskinen, Seppo; Manderbacka, Kristiina; Lahdelma, Eero; Prättälä, Ritva & Sihto, Marita 2002. Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.

- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kannas, Lasse; Eskola, Kari; Välimaa, Pia & Mustajoki, Pertti 2010. Virtaa – nuoret, terveys ja arkielämä. Helsinki: Otava.
- Kansanterveys info 2010. Painoindeksitaulukko. Viitattu 5.5.2010. <http://www.kansanterveys.info/itsehoitopisteet/seinataulut/Painoindeksitaulukko.pdf>
- Kansanterveyslaki 1972. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.
- Kettunen, Tarja; Liimatainen, Leena & Poskiparta, Marita 1996. Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Koivisto, Taru; Muurinen, Seija; Peiponen, Arja & Rajalahti, Elina (toim.) 2002. Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveiden edistäminen. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Korhonen, Erkki 2002. Asunnottomuus Helsingissä. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Kuntalaki 1995. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>.
- Kuokkanen, Ritva; Kiviranta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.
- Leino-Kilpi, Helena 1998. kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus- yhdessä vai erikseen? Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY 222–254.
- Möttönen, Janika; Pirttijärvi, Henna & Salmela, Miia 2010. Terveyttä edistävää vastaanottotoimintaa työttömille. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.

- Niinistö, Inka & Saari, Maria 2007. Päihdeongelman syrjäytyminen ammattilaisen näkökulmasta. Järvenpää: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Nummenmaa, Lauri 2006. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 1.–2.painos. Helsinki: Tammi.
- Nuortela, Johanna 2008. Asunnoton yhteiskunnan jäsenenä. Sosiaalisesti syrjäytyneen osallistumismahdollisuudet ja deliberatiivinen demokratia. Sosiaalietiikan pro gradu -tutkielma.
- Nyyssölä, Kari & Pajala, Sasu 1999. Nuorten työura - koulutuksesta työelämään siirtyminen ja huono-osaisuus. Helsinki: Gaudeamus Oy, Yliopistokustannus.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Perttilä, Kerttu 1999. Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Perustuslaki 2009. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Pietilä, Anna-Maija; Hakulinen, Tuovi; Hirvonen, Eila; Koponen, Päivikki; Salmi, Eeva-Maija & Sirola, Kirsi 2002. Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WSOY.
- Rehunen, Seppo 1997. Terveys ja liikunta. Jyväskylä: Gummerus.
- Ruotsalainen, Seppo 2005. Syrjäytyminen – syrjäyttäminen. Helsinki: Kustannusyhtiö TA-Tieto Oy.
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja sarja. Helsinki: Editat.
- Sorvoja, Liisa. Palkkatyö onnen tuoja? tutkimus alle 25-vuotiaidem kouluttamattomien nuorten identiteetistä, arjesta ja suhteesta viranomaisiin. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Jyväskylä.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Sosiaalivakuutus ja terveyden edistäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2003-2005. So-

- siaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 23. Helsinki. Saatavissa <http://pre20090115.stm.fi/is1067674780175/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki: AT-julkaisutoimisto Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Saatavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali__ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. [Verkkoartikkeli]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 28. Viitattu 12.5.2010. Saatavissa <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/pr1214211442205/passthru.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Euroopan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan teemavuosi 2010 kansallinen toimeenpanoryhmä. Suomen kansallinen toimintasuunnitelma. Viitattu 6.6.2010. Saatavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=336356&name=DLFE-9225.pdf
- Sunikka, Sanna; Seppälä, Ullamaija & Granfelt, Riitta 2008. Asunnottomuuskirja. Näkökulmia asunnottomien palvelujen kehittämiseen. Helsinki: Yliopistopaino.
- Suutari, Minna 2002. Nuorten sosiaaliset verkostot palkkatyön marginaalissa. Väitöskirja; Joensuun yliopisto.
- Terve Helsinki-hanke 2009. Terve Helsinki-hanke 2009-2011. Helsingin kaupungin terveyskeskus verkkojulkaisuja. Viitattu 24.4.2010 Saatavissa <http://www.hel2.fi/TerveHelsinki/index.htm>.
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2006. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen Suomessa. Viitattu 9.5.2010. Saatavissa <http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=frontpage&Itemid=22>

- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2009. Kouluterveyskysely 2009: Nuorten päihdeasenteet höltyneet. Viitattu 25.5.2010. Saatavissa http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=18620
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010. Kouluterveyskysely 2010: Pääkaupunkiseudun raportti. Saatavissa http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/4B99B24A-7922-4F2C-87B2-0DDFFF0F29FA/0/pkseutu_raportti_2010.pdf.
- Tilastokeskus 2010. Työvoimatutkimus. Viitattu 9.5.2010. Saatavissa www.tilastokeskus.fi.
- Valli, Raine 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Vehviläinen- Julkunen, Karita & Paunonen, Marita 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Vehviläinen-Julkunen, Karita & Paunonen, Marita (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 27–33.
- Vertio, Harri 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vohlonen, Ilkka 1998. Suomalainen terveystilanne. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Välimäki, Kari & Ellisaari, Jaakko 2001. Köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen vastainen kansallinen toimintasuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Liite 1: Kyselylomake

KYSELYLOMAKE (rastita vaihtoehtoista mieleisin kohta, vastauksia voi olla useampia)

1. Ikä
☐ alle 18 v
☐ 18-22 v
☐ 23-26 v
☐ yli 27 v
2. Sukupuoli
☐ Mies ☐ Nainen
3. Siviilisääty _____
4. Ammatillinen koulutus
☐ peruskoulu
☐ ammattikoulu
☐ opisto
☐ lukio
☐ ammattikorkeakoulu
☐ yliopisto
☐ muu, mikä _____
5. Asuminen
☐ Vanhempien luona
☐ Omassa/vuokra – asunnossa
☐ Solu/opiskelija asunnossa
☐ Ei vakituista asuntoa
☐ Muu, mikä _____

RAVITSEMUS

6. Syötkö mielestäsi riittävästi ja terveellisesti?
☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En osaa sanoa
7. Syötkö vuorokauden aikana
☐ aamuaterian
☐ lounas
☐ päivällinen
☐ välipaloja
☐ iltapalan
8. Painonhallinta
Paino _____
Pituus _____
9. Oletko mielestäsi
☐ Normaali painoinen ☐ Ylipainoinen ☐ Alipainoinen

PÄIHTEET

10. Tupakoitko?
☐ En tupakoi ☐ Tupakoin ☐ Käytän nuuskaa
11. Montako savuketta
____ /vrk ____ /vko
12. Kuinka usein käytät alkoholia?
☐ En koskaan
☐ Kuukausittain tai harvemmin
☐ 2-4 kertaa kuukaudessa
☐ 2-3 kertaa viikossa
☐ 4 kertaa tai useammin
13. Käytätkö alkoholin kanssa pillereitä tai muuta päihdyttävää?
☐ Kyllä ☐ Ei
14. Oletko käyttänyt tai käytätkö huumeita? (jos vastaat en, siirry suoraan kysymykseen 17)
☐ En ☐ 1-2 kertaa ☐ alle 10 kertaa ☐ satunnaisesti ☐ säännöllisesti

15. Oletko huolissasi huumeiden käytöstä ja onko sinulla haittoja?

☐ Ei ☐ Kyllä,
mitä? _____

16. Haluatko apua huumeiden käytön lopettamiseen?

☐ Ei ☐ Kyllä,
mitä? _____

LIIKUNTA

17. Kuinka usein harrastat liikuntaa hengästymiseen asti?

☐ Päivittäin ☐ Viikoittain ☐ Harvemmin ☐ Ei koskaan

NUKKUMINEN

18. Nukutko mielestäsi riittävästi?

☐ Kyllä ☐ En ☐ En osaa sanoa

19. Kuinka monta tuntia nukut _____ vuorokaudes-

YLEISTÄ TERVEYDESTÄ

20. Oma arvio nykyisestä terveydentilasta

☐ Erinomainen ☐ Hyvä ☐ Kohtalainen ☐ Huono

21. Onko sinulle jotain pitkäaikaista sairautta tai toimintakykyä haittaavaa vaivaa?

☐ Ei
☐ Kyllä, mitä

22. Onko sinulla jotakin säännöllistä lääkitystä?

☐ Ei
☐ Kyllä,
mitä

23. Oletko kiinnostunut omasta terveydestäsi ja sen hoitamisesta?

☐ Kyllä ☐ Ei ☐ En osaa sanoa

24. Milloin olet viimeksi käynyt terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla?

25. Oletko huolissasi jostakin terveyteesi liittyvästä asiasta?

() Kyllä, mis-
tä?
☐ Ei
☐ En osaa sanoa

26. Mistä terveyteen liittyvästä asiasta haluaisit saada terveysneuvontaa?

27. Mikä olisi mielestäsi paras tapa saada terveysneuvontaa?

Kiitos vastauksestasi!

Liite 2: Tiedote kyselylomakkeen vastaajalle

KYSELYLOMAKKEEN VASTAAJALLE

Hei!

Olen terveydenhoitajaopiskelija Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Tässä tutkimuksessa kartoitan oheisen kyselylomakkeen avulla VAMOS-projektiin osallistuvien nuorten terveydentilaa ja terveystottumuksia.

Opinnäytetyöni liittyy Terve Helsinki –hankkeeseen. Hankkeessa kohdistetaan terveyseroja kaventavia toimenpiteitä syrjäytymisvaarassa tai terveyserojen takia riskiryhmässä oleviin henkilöryhmiin. Hankkeen ensisijaiset toimenpiteet kohdistetaan lapsiin ja nuoriin sekä työikäiseen väestöön. Hankkeen tarkoituksena on pysäyttää terveyserojen lisääntyminen Helsingissä kehittämällä terveyseroja kaventavia toimintatapoja. Tutkimukseni tarkoituksena on kartoittaa Vamos-projektiin osallistuvien nuorten terveyttä ja terveyskäyttäytymistä sekä heidän kehittämisideoitaan juuri heille kohdistuvasta terveydenhuollosta.

Kyselylomakkeita täytetään 9.-13.8.2010 välisenä aikana ja tavoitteena olisi, että kaikki Vamos-projektiin osallistuvat nuoret täyttäsivät lomakkeen.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä osallistuminen aiheuta minikäänlaisia kustannuksia. Tutkimukseen osallistutaan nimettömänä, eli henkilöllisyys ei tule tutkijan tietoon ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Kyselytutkimuksessa antamiasi tietoja käytetään vain kyseisen tutkimuksen tarpeisiin. Voit halutessasi keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman että sinun täytyy perustella keskeyttämistä tai että se vaikuttaa asiakassuhteeseesi.

Vastaathan tutkimukseen mahdollisimman rehellisesti.

Ystävällisin terveisin

Anni Ylikulju

anni.ylikulju@student.diak.fi

Liite 3: Tiedote Vamos-projektin henkilökunnalle

VAMOS-PROJEKTIN HENKILÖKUNTA

Hei!

Olen terveydenhoitajaopiskelija Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Tutkintooni liittyvän opinnäytetyön teen Vamos-projektiin osallistuvien syrjäytyneiden nuorten kokemasta terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä. Tutkimuksen tavoitteena on tutkia, miten syrjäytyminen voi vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen ja terveyteen sekä miten syrjäytyneitä nuoria voitaisiin auttaa terveydenhuollon näkökulmasta.

Pyytäisinkin teitä antamaan Vamos-projektiin osallistuville nuorille oheisen kyselylomakkeen täytettäväksi. Kyselylomakkeita täytetään elokuun toisena viikona, eli 9.-13.8.2010. Tavoitteena olisi, että kaikki nuoret, jotka käyvät tällä ajalla Vamos-projektin toimitiloissa, täyttäisivät lomakkeen. Valmiit kyselylomakkeet tulen hakemaan toimitiloistanne iltapäivällä 13.8.2010.

Kyselylomakkeeseen nuoret vastaavat nimettömänä ja aineistoa käytetään ainoastaan kyseisen tutkimuksen tarpeisiin ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Kyselylomake on rakennettu sekä monivalintaisten että avoimien kysymysten avulla. Kysymykset on pyritty tekemään mahdollisimman yksinkertaisiksi ja helpoiksi vastata. Jos kyselylomakkeesta tai opinnäytetyöstäni herää joitakin kysymyksiä, minuun voi ottaa yhteyttä tarvittaessa puhelimitse tai sähköpostilla.

Ystävällisin terveisin

Anni Ylikulju

anni.ylikulju@student.diak.fi

p. 045-6519581